



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

THAIENE DA SILVA DE MIRANDA

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andrea Donatti Gallassi

**ARTICULAÇÃO REDE SAÚDE E ESCOLA: DESAFIO  
FRENTE À BUSCA ATIVA.**

**Brasília-DF**

**2013**

THAIENE DA SILVA DE MIRANDA

**ARTICULAÇÃO REDE SAÚDE E ESCOLA: DESAFIO  
FRENTE À BUSCA ATIVA.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Faculdade de Ceilândia  
da Universidade de Brasília como um  
dos requisitos para a obtenção do  
título de bacharel em Terapia  
Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Andrea  
Donatti Gallassi

Brasília  
2013

Miranda, Thaiene da Silva

Articulação rede saúde e escola: desafio frente à busca ativa / Thaiene da Silva de Miranda. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

64f: Il.

Trabalho de conclusão de curso – Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ceilândia, 2013.

Orientadora: Profª Drª Andrea Donatti Gallassi

1. Busca ativa, 2. adolescente ,3. Vulnerabilidade.

THAIENE DA SILVA DE MIRANDA

Articulação rede saúde e escola: desafio frente à busca ativa.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel  
em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andrea Donatti Gallassi

---

Prof<sup>ª</sup>. Flávia Mazitelli

---

Prof<sup>ª</sup> Maria Aparecida Gussi

Brasília, \_\_\_\_\_ de novembro de 2013.

Dedico esse trabalho à minha família,  
fonte inspiradora de amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, ao universo e à natureza pela oportunidade de estar onde eu estive e conhecer as pessoas que conheci.

Agradeço aos meus pais Elisabete e Abdias pela paciência, amor, investimento e dedicação ao longo desses anos.

Agradeço minhas avós Maria (*in memoriam*) e Leonice pelo exemplo de fé, força e valentia.

Agradeço às minhas tias Socorro, Zélia, Ednalva, Olívia e Benilva e aos meus tios José Maria, Staffuzza e João por toda ajuda nos momentos de dificuldades e por cada palavra de conforto.

Agradeço aos meus irmãos Thaisa e Pedro, minha fonte de amor.

Aos meus primos Ruan, Raissa, Livia, Isadora, Rafael, Juliano, David, Tarcísio, Ocymara, Jucymara, Raickysson e Daniel, por tantos momentos de alegrias.

As minhas sobrinhas Ana Cristhina e Maria Eduarda.

Minhas amigas de graduação Jeanine, Emilianna, Larissa, Nayara Sintique, Raianne, Amanda, Ana Luiza, Barbara, Vanessa Alencar e Helena por tornarem esse caminho menos árduo.

Aos meus companheiros de estágio, Marianne Marques, Vanessa Peregrino, Jackeline, Karol, Mari, Amanda, Raquel, Estela e Messias, por tantos momentos de alegria e apoio.

A minha preceptora e supervisora de estágio, Letícia, sempre atenciosa e dedicada.

Aos meus amigos Gustavo, Diego, Giselle, Thaís, Juliana e Luiza por me proporcionarem bons risos e momentos inesquecíveis.

Aos companheiros do PET, Dani, Ricardo, Gussi, Jack, Dreysi, Deusy, Rafael, Nayara Hott, Raianne e aos adolescentes.

A minha orientadora Andrea pela orientação e paciência ao longo desses meses.

A Professora Flávia e a Professora Glória, por terem aceitado o convite de avaliação desse trabalho.

**Muito Obrigada!**

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;  
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.”

Chico Xavier

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é uma fase de transição em que a complexidade da busca por uma identidade é bastante evidente. O contexto de vida em que o indivíduo se encontra inserido influencia de forma direta a consolidação de sua personalidade. Lista-se no contexto de vulnerabilidade: violência; abuso sexual; uso e tráfico de drogas; gravidez não planejada; contexto familiar desfavorável; contexto escolar e sofrimento psíquico. A inserção e adesão de adolescentes aos serviços de saúde levanta vários questionamentos sobre baixa oferta ou baixa procura. **OBJETIVO:** Identificar e analisar quais as formas de abordagem no processo de busca ativa de adolescentes são utilizadas pelos profissionais de saúde para a captação destes jovens em situação de vulnerabilidade para inseri-los no serviço de saúde e como é feita a articulação com as escolas para melhor êxito desta ação. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo e transversal desenvolvido a partir do preenchimento de um questionário auto-aplicável de questões fechadas aplicado aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde do Itapoã e aos profissionais de duas escolas vinculadas ao projeto PET/ Pró-Saúde, na Região Administrativa Itapoã-DF. **RESULTADOS:** Na unidade básica de saúde foram abordados 11 profissionais entre eles agentes de saúde, enfermeiros, psicólogo, integrantes do projeto Pró- Saúde III e médico, sendo que 9 deles responderam ao questionário. Foram abordados 20 profissionais nas duas escolas, entre eles professores, coordenadores e diretores, sendo que 12 responderam ao questionário. Com relação a adesão dos adolescentes ao serviço de saúde, 66,66% dos profissionais da UBS avaliam como baixa e 33,33% como muito baixa. Já os profissionais das escolas, 50% avaliam como média, 25% como baixa, 8,3% avaliam como muito baixa e 8,3% como Alta. O serviço de saúde recebe adolescentes encaminhados das escolas para acompanhamento psicossocial, 55,55% dos profissionais da UBS e 25% dos da escola disseram que o adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante pouco tempo (até 1 mês); 22,22% dos profissionais da UBS e 41,66% dos profissionais da escola disseram que esse procedimento não ocorre, que os adolescentes são levados pelos pais ao serviço; 11,11% dos profissionais da UBS disseram que esse procedimento não ocorre, que a escola não se envolve nessas questões; 8,3% dos profissionais da escola disseram que o adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um longo período de tempo (até 1 ano) **DISCUSSÃO:** Se houver uma boa articulação do serviço de saúde com as escolas, a busca ativa dos adolescentes e sua adesão nos serviços de saúde seria mais eficaz e as ações de promoção e prevenção à saúde para esse público alvo obteriam maior efetividade. **CONCLUSÃO:** A busca ativa do adolescente para o serviço de saúde é de responsabilidade de todos, escola, serviço de saúde, família e comunidade, todos devem assumir a responsabilidade em cuidar da saúde dos jovens, principalmente os que estão inseridos em contextos de vulnerabilidade.

**PALAVRAS-CHAVES:** Busca ativa; adolescente; vulnerabilidade



## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Adolescence is a phase transition in which the complexity of the search for an identity is quite evident . The context of life in which the individual is inserted directly influence the consolidation of his personality . List yourself in the context of vulnerability : violence, sexual abuse , drug use and trafficking , unplanned pregnancy , unfavorable family context , school context ; psychological distress . The insertion and membership of that target audience , health services , raise many questions on low supply and low demand . The research was based on the PET / Pro- Health III , which performs its activities in partnership with the intervention program and management of adolescents at risk in the catchment area of the team 's 07 Program Family Health Regional Health Itapoã

**OBJECTIVE:** To identify and analyze what forms of approach in the process of active search for teens are used by health professionals to capture these young people vulnerable to insert them in the health service , and how is the relationship with schools to better success of this action. **METHODS:** Cross-sectional study will be developed from completing a self-administered questionnaire of closed questions , which will be applied to the healthcare team No. 7 of the Basic Health Unit of Itapoã , and servers schools linked to the project PET / Pro- health Administrative Region Itapoã - DF.

**RESULTS:** In the basic health unit 11 professionals including health workers, nurses, psychologists, members of the project Pro- Saúde III and doctor were addressed, and 9 of them answered the questionnaire. 20 professionals were discussed at two schools, including teachers, coordinators and directors, of which 12 completed the questionnaire. Regarding adherence of adolescents to health services, 66.66% of the professionals of UBS rates as low as 33.33% and very low. Furthermore, professional schools, 50% assess how average 25% low, 8.3% assessed as very low and 8.3% as high. **DISCUSSION:** If there was a good joint health service schools , an active search for adolescents and membership of these health services would be more effective and the actions of health promotion and prevention for this target audience would get more success. **CONCLUSION:** Active surveillance for adolescent health care is everyone's responsibility . School health services , family and community , everyone must take responsibility in caring for the health of young people , especially those that are embedded in contexts of vulnerability.

**KEYWORDS:** Active search ; adolescents; vulnerability.

Tabela 1- Início da Adolescência .....	31
Tabela 2 - Término da Adolescência.....	32
Tabela 3- Adesão do Adolescente ao serviço de saúde.....	33
Tabela 4 - Articulação da escola com o serviço de saúde .....	33
Tabela 5- Necessidade em saúde a partir da escola .....	34
Tabela 6- Indicadores de necessidade em saúde .....	35
Tabela 7- Método de captação do adolescentes .....	36
Tabela 8 - Procedimento de encaminhamento .....	37
Tabela 9 - Influência da família na não adesão do adolescente .....	38
Tabela 10 - De que forma a família influencia na não adesão .....	39
Tabela 11 - Demanda espontânea do jovem ao serviço de saúde .....	39
Tabela 16 - Instrumentos para fortalecer a adesão dos adolescentes no serviço de saúde..	45
Tabela 17 - Necessidade de um programa específico para a saúde do adolescente .....	45
Tabela 18 - Preparação dos profissionais .....	46
Tabela 19 - Necessidade de formação e capacitação dos profissionais .....	47
Tabela 20 - Temas que podem ser abordados em uma capacitação dos profissionais (UBS) .....	48
Tabela 21 - Temas que podem ser abordados em uma capacitação dos profissionais (ESCOLA).....	49

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Adolescência e vulnerabilidades .....	13
1.1.1	<i>Situações de violência</i> .....	15
1.1.2	<i>Violência / abuso sexual</i> .....	16
1.1.3	<i>Uso de substâncias psicoativas</i> .....	17
1.1.4	<i>Tráfico de drogas</i> .....	19
1.1.5	<i>Gravidez não planejada</i> .....	19
1.1.6	<i>Contexto familiar desfavorável</i> .....	20
1.1.7	<i>Contexto escolar</i> .....	21
1.1.8	<i>Sofrimento psíquico</i> .....	22
1.2	Adolescentes e o serviço de saúde.....	23
1.2.1	<i>Pet/ Pró-saúde III</i> .....	24
1.2.3	<i>PET UNB</i> .....	24
2	JUSTIFICATIVA .....	26
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivos geral .....	27
3.2	Objetivos específicos.....	27
4	METODOLOGIA .....	28
5	RESULTADOS .....	30
6	DISCUSSÃO.....	50
6.1	Escola e serviço de saúde .....	50
6.2	Adesão dos adolescentes ao serviço de saúde .....	50
6.3	Demanda espontânea do adolescente ao serviço de saúde .....	51
6.4	Queixas.....	52
6.5	Desafios.....	53
6.6	Preparo dos profissionais.....	54
6.7	Capacitação .....	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
8	REFERÊNCIAS .....	57
9	APÊNDICES .....	60
9.1	QUESTIONÁRIO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	60

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição em que a complexidade da busca por uma identidade é bastante evidente. Por isso existe a necessidade de defini-la e na literatura existem diversas definições para essa fase da vida. O contexto em que o adolescente vive e se socializa é muito influente na formação da personalidade do indivíduo. Família, amigos, escola, localização da residência, níveis de saúde, qualidade de vida são fatores que devem ser levados em consideração para a fomentação da vida do indivíduo.

A Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005, p.01).

Concordando, FARIAS *et al* (2009) ainda ressalta o comportamento de risco que esse público alvo tende a levar e relata a frequência que estudos sobre o assunto surgem, levando em conta o comportamentos de risco à saúde que essa população esta sujeita como:

Níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco (FARIAS *et al*, 2009, p.345).

Para o tempo de duração dessa fase, adolescência, existem diferentes considerações. Para EISENSTEIN (2005), “a adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.” Essa é uma visão desenvolvimentista em que COIMBRA (2005), define como psicologizantes e/ou biologizantes. Ou seja, a adolescência depende tanto de fatores psicológico, quanto biológicos para determinar seu início e seu fim.

Características próprias da fase da adolescência, como por exemplo, a fase da rebeldia, em que o indivíduo assume características de instabilidade afetiva, descontentamento, melancolia, agressividade, impulsividade, timidez, desinteresse, crises, que associadas à personalidade instalam a identidade do adolescente (COIMBRA, 2005).

Em contrapartida, MEAD (1951), com sua experiência na ilha de Samoa, deduziu que “a adolescência nada mais é que um fenômeno cultural produzido pelas práticas sociais em determinados momentos históricos, manifestando-se de formas diferentes e nem sequer existindo em alguns lugares.” Apesar da propagação maciça da figura do adolescente como o grande ícone dos tempos contemporâneos, a autora mostra que a adolescência é totalmente concebida pelas práticas sociais. O ambiente, a rede social, a condição financeira, entre outros fatores são elementos que influenciam na consolidação da identidade do indivíduo.

De acordo com LEPRE (2005), foi no século XVIII que apareceram as primeiras tentativas de titular, claramente, características de adolescência. Mas foi no século XX, que embasado em pressupostos científicos, “o adolescente moderno típico estabeleceu-se como um objeto natural com características e atributos psicológicos bem demarcados”.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Utiliza-se também o termo jovem adulto para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade.

Atualmente usa-se, mais por conveniência, agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de protagonismo juvenil (EISENSTEIN, 2005, p.06).

### **1.1 Adolescência e vulnerabilidades**

O Ministério da Saúde brasileiro define a vulnerabilidade que os jovens estão inseridos da seguinte maneira:

As dificuldades de acesso à educação, ao desemprego, as profundas desigualdades sociais, o meio ambiente degradado, a morbimortalidade por violências, dentre outras, impactam a saúde de pessoas jovens. Em consequência, esse segmento populacional pode ficar vulnerável aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas; agravos resultantes das violências; de doenças sexualmente transmissíveis e Aids; à mortalidade materna; na saúde sexual e na saúde reprodutiva, ao início ou ao estabelecimento de doenças crônicas, o que interfere no crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2010).

AMPARO *et al* (2008), apud BRONFENBRENNER *et al*, afirma que:

O indivíduo desenvolve-se na integralidade entre pessoa-ambiente e, necessariamente, deve ter suas características pessoais e ambientais compreendidas através do paradigma da complexidade, explorando seu potencial de saúde, a ocorrência dos comportamentos em situação natural e a explicação dos fenômenos humanos de acordo com seus aspectos “ótimos”, ou seja, de acordo com a valorização dos sentidos e significados favoráveis ao desenvolvimento atribuídos pelos próprios indivíduos (p.166).

Ou seja, a família, a escola, os grupo de convívios, o trabalho e o lazer são ambientes nos quais o indivíduo se movimenta e se relaciona com outros indivíduos, podendo estar vulnerável a situações adversas.

SÁNCHEZ (2007); apud WISNER (2001), ilustrando que “o nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam ao processo de vulnerabilidade, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais, por sua vez, a potencializam ou a diminuem.” O adolescente vulnerável está inserido em um meio nada promissor, que ira afetar diretamente a sua inserção, ou não, no meio de risco (como violência, uso substâncias psicoativas, tráfico de substâncias psicoativas ilegais, entre outras).

ALVES (2006); apud MOSER (1998), refere que vulnerabilidade geralmente é definida como uma situação em que estão presentes “três elementos: exposição ao risco; incapacidade de reação; e dificuldade de adaptação diante da materialização do risco.” ele avalia a vulnerabilidade socioambiental (como sendo um grupo analítico que pode expressar os fenômenos de interação e cumulatividade entre situações de risco), vulnerabilidade ambiental, condições de pobreza e vulnerabilidade social, apesar dos obstáculos empíricos para operacionalização destas categorias analíticas.

Nesse respectivo trabalho, será abordada algumas situações de vulnerabilidade, que podem dificultar a busca ativa e a adesão dos adolescentes no serviço de saúde, para promoção de saúde e prevenção. As vulnerabilidades pontuadas serão as situações de violência, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, tráfico de drogas, gravidez não planejada, contexto familiar desfavorável, contexto escolar e sofrimento psíquico.

### ***1.1.1 Situações de violência***

De acordo com a Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA) cerca de 165 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, no Brasil, eram denunciados diariamente em 2007 (De ANTONI, 2011). No Brasil, os maus-tratos contra criança e adolescentes só receberam a devida atenção no final dos anos 80, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). DESLONDES (1995) relata que as vítimas sofrem diferentes tipos de violência direta: do trânsito, brigas e conflitos nas comunidades, assaltos e maus-tratos familiares. Os maus-tratos são identificados como fraturas, queimaduras, arranhões e outros, que podem levar à morte ou incapacidades e são, também, responsáveis por stress, fobias e ainda outras sequelas psicossociais.

A pobreza pode ser um fator determinante no contexto da violência. A falta de vínculo afetivo, muitas vezes é causada pela ausência do papel paterno, que dispõem maior parte do tempo de suas vidas para trabalhar, devido à condição de miséria ao qual estão inseridos. De ANTONI *et al* (2011), afirma que a inserção em um contexto de miserabilidade econômica e de privação afetiva influencia as interações e pode vir a ser um fator de risco para a manifestação de violências. MINAYO (1994, p.529), relata que “pesquisadores da área de saúde sugerem que a violência interpessoal e as negligências que ocorrem no ambiente familiar sejam responsáveis por grande parte desses atos violentos”.

O grande acesso livre às informações e aos meios de comunicação podem, de acordo com SILVA (2010), expor situações de violências que influenciam de forma direta os adolescentes, interferindo, assim, em suas personalidades. “Algumas estimativas comprovam que um jovem de 20 anos já assistiu a 25.000 mortes e 200.000 atos de violência veiculados pela mídia. Isso interfere no desenvolvimento da personalidade dos adolescentes, induzindo-os a apresentar atitudes violentas (p.606)”.

ASSIS (1995) faz uma classificação para melhor entender as diferentes formas de violências, enfatizando as situações concretas em que ela ocorre. Sendo possível perceber que existe uma rede de fatores que abrangem desde aspectos macrossociais até os subjetivismos dos atores sociais envolvidos.

Nas suas variadas formas denomina-se a violência como estrutural (constituída pelas injustiças e desigualdades sociais); cultural

(expressa na opressão e discriminação de grupos sociais devido a atributos que lhes são inerentes como gênero, raça/etnia, idade, credo e outros); resistência (formas organizadas das classes e grupos sociais oprimidos de resgatarem o que julgam ter-lhes sido expropriado) e delinquência (delitos reconhecidos pela sociedade nos códigos de comportamento e relações humanas) (ASSIS, 1995, p.304).

### **1.1.2 Violência / abuso sexual**

De ANTONI *et al* (2011); apud (AMAZARRAY & KOLLER, 1998; GABEL, 1997; HABIGZANG & CAMINHA, 2004) para definir abuso sexual:

Um ato ou jogo sexual configurado por uma relação em que há o agressor ou abusador, que possui um nível de desenvolvimento psicológico, físico e sexual superior ao da vítima. Essa forma revela um desequilíbrio de poder e de desejo, sempre em prol do abusador (De ANTONI *et al*, 2011, p.98).

A violência na sociedade transcorre as esferas da cultura, do imaginário, do contexto social, incluindo a violência sexual como um de seus componentes. A violência sexual envolve várias questões que são de grande complexidade, exigindo ações articuladas, intersetoriais e interdisciplinares para seu enfrentamento (FALEIROS; CAMPOS 2000).

FALEIROS; CAMPOS (2000) e De ANTONI *et al* (2011), englobam o abuso sexual em dois contextos diferenciado o intrafamiliar e o extrafamiliar. “O intrafamiliar é o abuso que ocorre no âmbito familiar, com pessoas próximas e com laços afetivos ou de parentesco, como pai, padrasto ou outros; e o extrafamiliar, comumente cometido por pessoas desconhecidas da vítima ou sem vínculo afetivo nem de parentesco com ela (p.99).” De ANTONI *et al* (2011), ainda reforça que “o abuso intrafamiliar é apontado por dados demográficos nacionais e internacionais como o mais comum e compõe cerca de 80% dos casos denunciados (p.99)”.

O abuso sexual extrafamiliar é acarretado por um indivíduo sem laços familiares e que pode ser conhecido ou não da família. Crianças e adolescentes que vivem em situação de rua estão mais vulneráveis á essa situação e geralmente esse tipo de violência relacionado à exploração sexual comercial. (FALEIROS; CAMPOS, 2000).



O abuso sexual deixa profundas marcas de ordem física, emocional e social na vida de suas vítimas, dificultando a construção de relações interpessoais e a busca pela identidade.

O abuso sexual deixa marcas que podem influenciar a construção da identidade das suas vítimas e dificultar as interações sociais; deve-se olhar para essa questão como um fenômeno que ultrapassa o âmbito da clínica individual e que merece ser tratado como uma preocupação da área da Saúde Coletiva. (De ANTONI *et al*, 2011, p.98).

Muitas vezes a criança ou o adolescente ou a pessoa que sofre o abuso sexual é vista somente como um objeto de excitação (ou objeto sexual). E nem sempre os abusos sexuais são seguidos de contato físico (FURNISS, 1993). Essa violência pode ser categorizada como formas abusivas as sugestões sexuais em que à criança ou adolescente são sujeitados a comentários sexualmente provocantes ou a fotos ou vídeos pornográficos. Diante disso, qualquer exposição da criança e do adolescente a situações que envolvam voyeurismo, exibicionismo ou assédio verbal, também podem ser considerada forma sexual abusiva (FURNISS, 1993).

### ***1.1.3 Uso de substâncias psicoativas***

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é uma das questões que mais se aplicam à problemática juvenil. “Os adolescentes e os adultos jovens destacam-se como a população mais envolvida no consumo de drogas, pois enfrentam, nessa fase do desenvolvimento humano, modificações físicas, comportamentais e emocionais. É também nessa faixa etária que o indivíduo se identifica com um grupo específico, passando a pertencer a este” (SILVA, 2010, p.606).

A adolescência é uma época de exposição e vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas, onde em muitas vezes ocorre a experimentação. Para alguns adolescentes, o uso da substância psicoativa é apenas no intuito da curiosidade e pode não causar dano nem dependência. Mas outros adolescentes podem desenvolver um uso problemático, interrompendo projetos de vida, podendo trazer graves consequências para a vida desses indivíduos (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004). Devido às alterações físicas, emocionais, comportamentais e emocionais, do relacionamento intergrupar e da influência

do meio externo, o adolescente que se encontra vulnerável ao uso abusivo de SPA lícitas e ilícitas, pode desencadear comportamentos violentos, SILVA (2010).

O contato com familiares etilistas e drogadictos que agem com autoridade ou permissividade e/ou violência; amigos usuários de drogas; a presença de comportamentos antissociais; a baixa autoestima apresentada pelos jovens; acesso fácil às drogas e a história de abuso sexual, podem ser fatores determinantes no abuso de substâncias lícitas e ilícitas na adolescência (SILVA, 2010, p.606).

A substância psicoativa pode ainda proporcionar alterações físicas e mentais, sendo um fator importante nas questões de saúde pública, já que envolve uma parcela significativa da sociedade atual:

Dentre os diversos danos sociais relacionados ao consumo de drogas, destacam-se os acidentes de trânsito, os prejuízos escolares e ocupacionais, assim como a violência, caracterizada pela ocorrência de brigas, homicídios e a prática de atos ilícitos, que pode ser ocasionada pelo efeito dessas substâncias (SILVA, 2010, p.606).

No Brasil, o álcool é a droga mais usada em qualquer faixa etária e o seu consumo entre adolescentes vem aumentando, principalmente entre os mais jovens de 12 a 15 anos de idade. “Assim como o uso de drogas ilícitas, o álcool também constitui uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência” (JESUS *et al*, 2011, p.360). A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz um alerta sobre o álcool ser a substância psicoativa mais consumida no mundo e ao fato de ser a droga de maior escolha entre crianças e adolescentes.

Esse uso exacerbado de SPA pela população jovem pode ser associado à falta de lazer, às condições de vida em que o jovem está exposto, ao envolvimento familiar com uso de substâncias psicoativas, à ausência da função paterna, à violência doméstica, aos amigos que usam SPA e à baixa condição de apoio dos pais.

A escolha da droga, muitas vezes, está relacionada aos aspectos socioeconômicos, pois grande parte dos adolescentes não trabalha e não tem renda própria, o que permite consumir apenas drogas de baixo custo como a maconha (JESUS *et al*, 2011, p.362).

#### **1.1.4 Tráfico de drogas**

DIMENSTEIN; ZAMORA; VILHENA (2004) faz uma analogia entre a vida na favela à vulnerabilidade em que os moradores e jovens estão inseridos no contexto de crime, tráfico e violência. “Os chamados comandos (no Rio de Janeiro, no ano de 2004, se dividiam em quatro grandes grupos, que controlavam toda rotina da favela e de seus moradores) recrutam e empregam ativamente cerca de seis mil meninos e jovens das comunidades, para agir em diversas atividades como mensageiro, entregadores, preparadores de drogas, vigias e soldados (p.2).”

A vida urbana é um facilitador do tráfico de drogas. BEATO; PEIXOTO; ANDRADE (2004); apud FELSON (1994, p. 49), diz que “vendas ilegais e consumo, assim como brigas podem sobreviver mais facilmente dentro de um ambiente urbano (p.74)”.

Para que um ato predatório ocorra é necessário que haja uma convergência no tempo e no espaço de três elementos: ofensor motivado, que por alguma razão esteja predisposto a cometer um crime; alvo disponível, objeto ou pessoa que possa ser atacado; e ausência de guardiões, que são capazes de prevenir violações (BEATO; PEIXOTO; ANDRADE 2004, p.74).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que do total da população brasileira, o percentual de adolescentes em conflitos com a lei, entre 12 e 18 anos, representa 15%, ou seja, 0,2% de toda a população do país responsável pela prática dos atos infracionais. A Região Sudeste concentra a maior parte em termos proporcionais, da ordem de 40%. (MARTINS; PILLON 2008).

No estudo de MARTINS; PILLON (2008), os resultados revelam a associação de uso de álcool e de maconha com roubo, furto, tráfico de drogas, porte de arma e porte de drogas.

#### **1.1.5 Gravidez não planejada**

A gestação na adolescência, não planejada, pode ser considerada um problema de saúde pública, levando em conta a pouca maturação que as jovens podem apresentar, e a falta de conhecimento dos meninos, que podem não assumir as responsabilidades paternas adequadas, sobrecarregando o papel materno das meninas. “Nas últimas décadas, a

gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, em virtude da prevalência com que esse fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo” (CHALEM *et al*, 2007, p.177).

Outra questão levantada principalmente pelos profissionais de saúde é de que as meninas só procuram o serviço de saúde para lidar com questões da gestação. “O número de meninas adolescentes em procura de exames laboratoriais para confirmar gestação tem aumentado, procura para coleta de material para preventivo de câncer uterino e outros” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006, p.2492).

No entanto, alguns autores sustentam a ideia de que, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional, o que nem sempre acontece devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem e pela família até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal (YAZLLE, 2006, p.443).

Uma gravidez não planejada, ainda, pode comprometer o projeto de vida desses jovens. Muitas vezes, essas meninas-mães, tendem a abandonar a escola, começam a trabalhar mais cedo que o previsto, tudo isso para garantir a sobrevivência dos seus filhos.

#### ***1.1.6 Contexto familiar desfavorável***

A presença dos pais na criação e desenvolvimento das crianças e adolescentes é fundamental para a consolidação da identidade desses jovens. Residir com os pais, na mesma casa, gera uma grande influência positiva sobre o adolescente, tendo em vista que não residir com a família aumenta a chance de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas ilícitas. “A relação dos pais com os filhos é essencial, tanto pela possibilidade de diálogo quanto pela responsabilidade cobrada pela família” (JESUS *et al*, 2011, p.360).

Algumas crianças/adolescentes são vítimas de violência sexual dentro da própria casa, podendo até ser causadas por parentes próximos. Para De ANTONI *et al* (2011), a família e o ambiente onde a criança sofre o abuso sexual são considerados um microssistema. “O mesossistema é um conjunto de microssistemas inter-relacionados na vida das pessoas, como a escola, igreja, local de trabalho, vizinhança, comunidade, entre

outros (p.2011)”. É no mesossistema que se identifica a rede de apoio social e afetiva ou se pode comprovar sua precariedade, principalmente em situações nas quais a criança necessita de ajuda e amparo.

O contexto atual permite concluir que vivemos em uma sociedade carente de mãe e pai, na qual faltam limites e critérios norteadores das ansiedades cotidianas, que se exacerbam. As relações afetivas primárias estão tão deturpadas pela ausência ou má qualidade dos vínculos primários que terminam por comprometer a autoestima da criança e do adolescente, assim como o desenvolvimento das potencialidades afetivas, cognitivas, criativas e reparadoras (MARTINS, 2008, p.1112).

### ***1.1.7 Contexto escolar***

A diversidade que se encontra dentro de uma sala de aula é muito vasta e é de extrema importância na fundamentação da identidade juvenil. Porém, os professores sentem certa dificuldade em lidar com essas diferenças.

A composição das turmas é uma das questões centrais que afligem os responsáveis pela educação de jovens e adultos. Essas turmas possuem bases políticas, econômicas, sociais e culturais do mundo muito diversas. A aprendizagem humana singular não é dada pela assimilação direta da realidade, mas com o contato e a troca com outras consciências, sensibilidades e contextos. A escola é o espaço e o tempo de encontros entre os muitos sujeitos culturais que a fazem existir; assim, como os professores (CARRANO, 2005).

Em contrapartida, DAYRELL (2007, p.1109) sugere que essa diversidade encontrada nas escolas só enriquece a bagagem social desses adolescentes.

Com todos os limites dados pelo lugar social que ocupam, não podemos esquecer o aparente óbvio: eles são jovens, amam, sofrem, divertem-se, pensam a respeito das suas condições e de suas experiências de vida, posicionam-se diante dela, possuem desejos e propostas de melhorias de vida. Na trajetória de vida desses jovens, a dimensão simbólica e expressiva tem sido cada vez mais utilizada como forma de comunicação e de um posicionamento diante de si mesmos e da sociedade.

Na adolescência o aluno expõe-se mais, porém responde bem às operações contextualizadas, especialmente nos seus contextos que eles possuem mais afinidades, como a escola. FERREIRA et al (2010); apud SCHENKER, MINAYO( 2005) relata ainda

que essas características podem levar a valorização das possíveis intervenções que partam dos professores.

Sendo assim, a escola é de extrema importância na formação de opinião dos adolescentes. Nela diversos assuntos podem ser abordados e discutidos, levando em conta a diversidade cultural, social, política e econômica que estão presente nesse ambiente. A escola tem característica socializadora, e é o meio fundamental para a execução de programas de prevenção e promoção de saúde, entre outras questões (FERREIRA et al 2010, p.10).

### ***1.1.8 Sofrimento psíquico***

A adolescência é um período em que o indivíduo está exposto a várias situações novas e às pressões sociais, e isso favorece as condições para que eles apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. “Alguns, entretanto, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia. Esse quadro pode indicar depressão, ainda que os sentimentos de tristeza não sejam os mais evidentes” (CRIVELATTI; DURMAN; HOFSTATTER 2006, p.1).

A adolescência é uma fase cheia de possibilidades desestabilizadoras do sujeito. Esse é o momento em que os significados múltiplos no campo sexual, profissional, familiar, são lançados em questões que alguns indivíduos não têm condição de contornar. COSTA (2006); apud SAGGESE (2001) apresenta as manifestações psíquicas que podem aparecer nessa fase da vida como: “As clássicas manifestações: ideias delirantes, empobrecimento afetivo, alucinações, perda da lógica, desorganização do discurso perda da vontade, desorganização do comportamento e disfunção social (p.4)”.

Na concepção freudiana, a principal afirmação e ponto de partida para pensar as psicoses em geral, é de que as psicoses são distúrbios resultantes de conflitos entre Ego e realidade (mundo externo), refletem o fracasso no funcionamento do Ego em permanecer leal à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o Id frente a uma frustração da não realização de um daqueles desejos de infância “invencíveis” e profundamente enraizados na organização filogeneticamente (COSTA, 2006, p.7).

Outra questão que pode estar associada aos transtornos psiquiátricos é uso nocivo de SPA (substâncias psicoativas). Muitos estudos fazem analogia entre o uso de SPA e os sofrimentos psíquicos. O uso de SPA pode enfatizar alguns transtornos (PINHO et al, 2006). Além de que jovens com transtornos psíquicos podem ser mais vulneráveis ao uso de SPA (SZOBOT; ROMANO, 2007).

PINHO, et al (2006) diz que as elevadas taxas de morbidade psiquiátrica de adolescente em conflito com a lei são um fenômeno universal com singularidades demográficas, econômicas e socioculturais, e os estudos demonstram alto índice de comorbidades nesse grupo de indivíduos.

Os principais transtornos psiquiátricos diagnosticados nos adolescentes são TDAH (transtorno de déficit de atenção), transtorno de conduta, depressão, bi-polaridade entre outras. Mas PINHO, et al (2006) relata em seu estudo que o transtorno de conduta, não é considerado patologia psiquiátrica, e sim pessoas que não internalizaram normas e desafiam os limites socialmente determinados. “Os jovens com transtorno de conduta manifestam-se com sentimento deficitário de empatia pelo próximo e ausência de culpa, que atuam como facilitadores para a incursão no crime (p.129)”.

Na investigação de PINHO, et al (2006) foi verificada associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico. Entre os transtornos, chama a atenção a frequência de jovens com os transtornos de conduta, patologia na qual o fator social tem peso relevante.

## **1.2 Adolescentes e o serviço de saúde**

Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos. Na maioria dos países, o conceito de maioridade, do ponto de vista legal, é estabelecido aos 18 anos, mas outros critérios existem e permanecem (EISENSTEIN, 2005).

“Cada setor do governo desenvolve suas políticas, estratégias e ações isoladamente (...) não representando um trabalho intersetorial expressivo dirigido à integralidade da atenção ao adolescente” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR 2006, p.2491).

A questão da baixa oferta ou da baixa procura por ações de saúde voltadas para os adolescentes sempre é colocada em questão, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos servidores das escolas. FERRARI; THOMSON; MELCHIOR (2006) diz que é “difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve à pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura, uma vez que estes dois fatores estão interligados e se referem à forma como o serviço de saúde está estruturado atualmente no país e, também existir poucos estudos sobre esse enfoque (p.2492)”.

### **1.2.1 Pet/ Pró-saúde III**

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação, tendo como base legal as Leis nº 11.129/20052 e nº 11.180/20053 (HADDAD *et al*, 2009).

O objetivo geral do programa é promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como uma ferramenta para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo como expectativa a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

### **1.2.3 PET UNB**

O PET/Pró-Saúde III, desenvolvido no âmbito da Universidade de Brasília, planeja e executa suas atividades em parceria com o programa de intervenção e gerenciamento de adolescentes em situação de risco na área de abrangência da equipe 07 do Programa de Saúde da Família da Regional de Saúde do Itapoã (LIMA *et al*, 2011).

O programa de intervenção e gerenciamento de adolescentes em situação de risco tem como objetivos principais fazer acompanhamento individual e familiar de jovens em situação de risco e vulnerabilidade biopsicossocial; identificar, intervir e prevenir fatores de risco; auxiliar o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo e fortalecer a resiliência; favorecer o protagonismo juvenil e fortalecer o projeto de vida;



identificar possíveis diagnósticos e agravos de saúde física e/ou mental; tratar e acompanhar os adolescentes em conjunto com a família, a escola e outras instituições sociais; promover atividades de educação em saúde e prevenção nas escolas e Unidade Básica de Saúde (LIMA *et al*, 2011).

## **2 JUSTIFICATIVA**

A adolescência é uma fase com grupos heterogêneos em que existem diversas personalidades e os critérios técnicos não recobrem a totalidade dos interesses e saúde dos adolescentes. Com estas observações, deve-se reconhecer que é justificado o desenvolvimento de ações programáticas voltadas à adolescência, por tratar-se de um grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades de papéis sociais.

De ANTONI (2011) se refere ao Art. 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), para argumentar que a lei não garante a inexistência de expressões comportamentais e relacionais constatadas na realidade social brasileira. As mais diversas formas de violência vivenciadas por crianças e adolescentes e nas mais diversas culturas e classes sociais, preocupam filósofos, sociólogos, psicólogos e outros cientistas sociais.

Nesse sentido, identificar e analisar quais as formas de abordagem no processo de busca ativa de adolescentes são utilizadas pelos profissionais de saúde para a captação destes jovens em situação de vulnerabilidade para inseri-los no serviço de saúde, e como é feita a articulação com as escolas para melhor êxito desta ação, poderá promover a facilitação do contato do jovem com o serviço de saúde, bem como a implementação das melhores estratégias para fortalecer o vínculo entre eles e as equipes de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos geral**

- Caracterizar os principais desafios enfrentados com relação à busca-ativa de adolescentes para cuidados de saúde, considerando as situações de vulnerabilidade em que eles estão expostos, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família da Regional de Saúde do Itapoã e dos profissionais das escolas desta mesma área de abrangência.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar as dificuldades que a escola e o serviço de saúde enfrentam ao lidar com as questões de saúde dos adolescentes;
- Relacionar as dificuldades enfrentadas pela escola e as enfrentadas pelo serviço de saúde na abordagem e adesão dos adolescentes ao serviço de saúde.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo, descritivo e quantitativo que foi desenvolvido a partir do preenchimento de um questionário auto-aplicável de questões fechadas, elaborado pela pesquisadora e sua orientadora que foi aplicado à equipe de saúde nº 7 (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, bolsistas do programa PET / Pró Saúde) da Unidade Básica de Saúde do Itapoã, e aos servidores das escolas (professores, psicólogos, pedagogos) vinculadas ao projeto PET/ Pró-Saúde, na Região Administrativa Itapoã- DF, no período do mês de outubro de 2013.

O questionário abordou os entrevistados a respeito do conhecimento do profissional da área de saúde e dos profissionais da escola sobre a vida e a saúde dos adolescentes da região que frequentavam a escola e/ou são atendidos pelo Programa Saúde da Família da Regional de Saúde do Itapoã. O preenchimento do questionário teve duração aproximada de 10 minutos.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o programa *Excel* do pacote *Office 2010 for Windows*.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sob o protocolo 421.047 de 16/09/2013.

Geralmente, esses adolescentes são encaminhados pela médica da UBS para acompanhamento pela equipe do PET. Além de terem consultas regulares com a médica, esses jovens são atendidos individualmente pela equipe do PET, com auxílio do psicólogo do CAPS II/ Itapoã e da enfermeira responsável pela equipe da UBS. A equipe é multidisciplinar, com alunos dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Terapia Ocupacional. Sendo possível a qualquer aluno de graduação, da área de saúde, fazer parte do projeto.

Atuar interdisciplinarmente exige um trabalho em equipe com interação e troca nos campos de competência e abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário, para, juntos, realizarem a produção do cuidado. Profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois para que se cumpra a agenda de atividades os esforços parecem ser em vão, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-

estar e até mesmo irritação, pois geralmente eles não comparecem no serviço (FERRARI, 2006, p.2493).

A equipe do PET também elaborou uma tabela para fazer a identificação e busca-ativa desses adolescentes nas escolas. Essa tabela é constituída pela identificação do aluno/adolescente, idade, endereço/telefone, nome do responsável e uma breve citação da situação problema do aluno. Essa tabela pode ser preenchida por professores, diretores, pedagogos ou pela psicóloga da instituição (LIMA *et al*, 2011).

A equipe que compõe o PET, com auxílio dos ACS (agente comunitário de saúde), faz o primeiro contato com o adolescente e com a família pelo telefone e é agendada uma visita na casa do jovem. Nesta visita pode-se perceber a dinâmica familiar, a situação de vulnerabilidade em que o adolescente está exposto e os fatores ambientais que podem desencadear situações de risco para ele.

O PET é divulgado na comunidade por meio de folder e em breve também contará com a divulgação na rádio Itapoã. Com isso, alguns pais procuram o projeto na própria UBS, ou por meio dos ACS para incluir os filhos nos atendimentos gerando uma demanda espontânea.

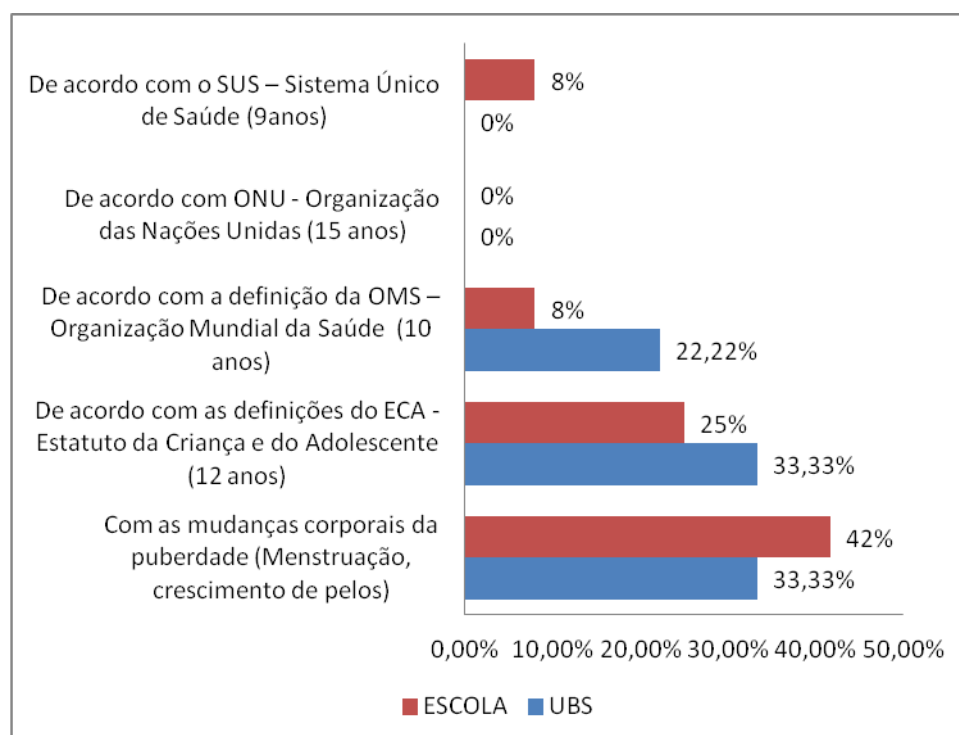
## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados separadamente – Unidade Básica de Saúde e escolas – de acordo com cada questão na forma de porcentagens, havendo comparação entre as questões que são iguais nos dois questionários.

Na unidade básica de saúde foram abordados 11 profissionais, entre eles agentes de saúde, enfermeiros, psicólogo, integrantes do projeto Pró- Saúde III e médico, sendo que 9 responderam ao questionário. Nas duas escolas foram abordados 20 profissionais, entre eles professores, coordenadores e diretores, sendo que 12 questionários foram respondidos.

Na primeira questão foi interrogado o momento de início da adolescência. Na UBS 27,27% dos entrevistados referiram que ela se inicia com as mudanças corporais da puberdade (menstruação, crescimento de pelos); 27,27% de acordo com as definições do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (12 anos), e 18,18% de acordo com a definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (10 anos). Nas escolas, 41,66% referiram que se inicia com as mudanças corporais da puberdade (menstruação, crescimento de pelos); 25% de acordo com as definições do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (12 anos), 8,3% de acordo com a definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (10 anos) e 8,3% de acordo com o SUS – Sistema Único de Saúde (9 anos) (TABELA 1).

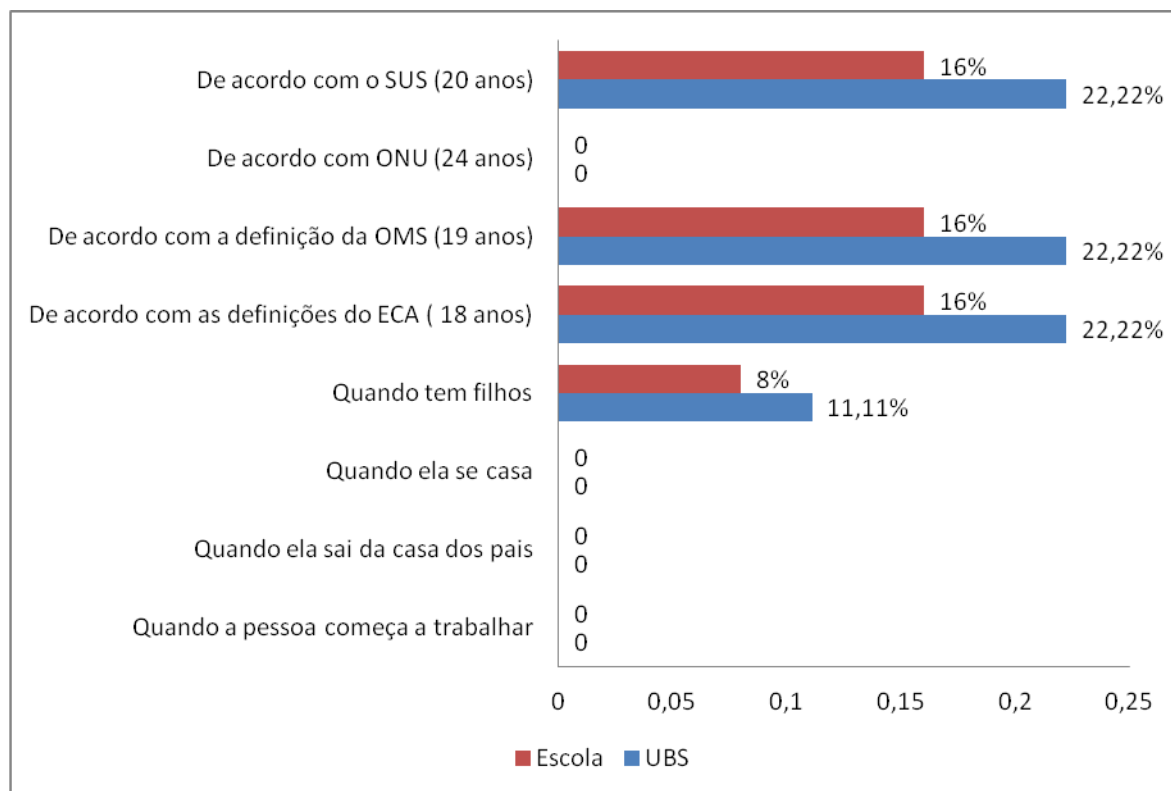
**Tabela 1- Início da Adolescência**



Fonte: Dados da Pesquisa

Na segunda questão foi abordada a opinião do profissional quanto ao momento em que a adolescência termina. Na UBS 22,22% referiram de acordo com as definições do ECA (18 anos); 22,22% , de acordo com o SUS (20 anos) e 11,11% quando o adolescente tem filhos. Nas escolas, 58% quando o adolescente tem filhos, 25% quando a pessoa começa a trabalhar e 8,3% de acordo com ONU (24 anos) (TABELA 2).

**Tabela 2 - Termino da Adolescência**

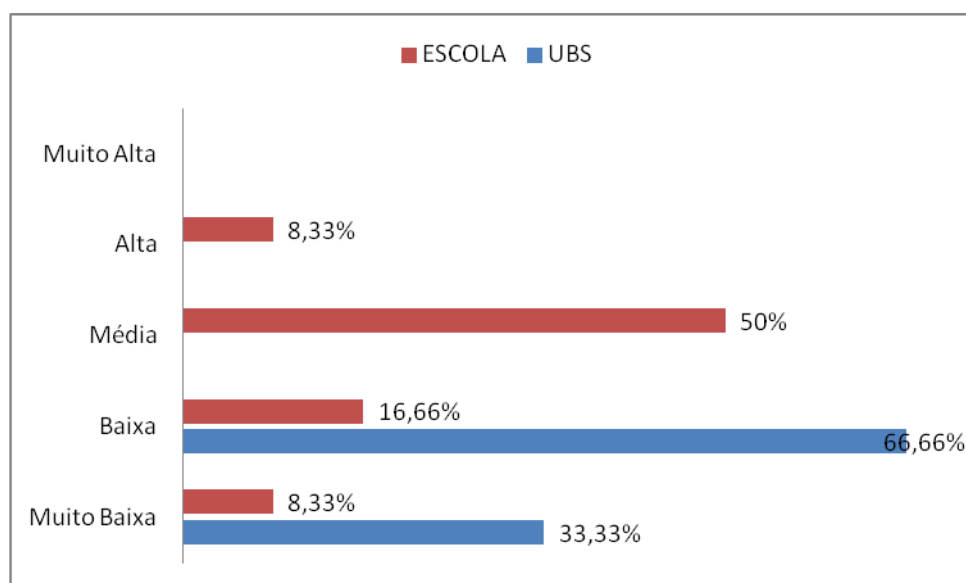


Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação a adesão dos adolescentes ao serviço de saúde, 66,66% dos profissionais da UBS avalia como baixa e 33,33% como muito baixa (Tabela 3).



**Tabela 3- Adesão do Adolescente ao serviço de saúde**

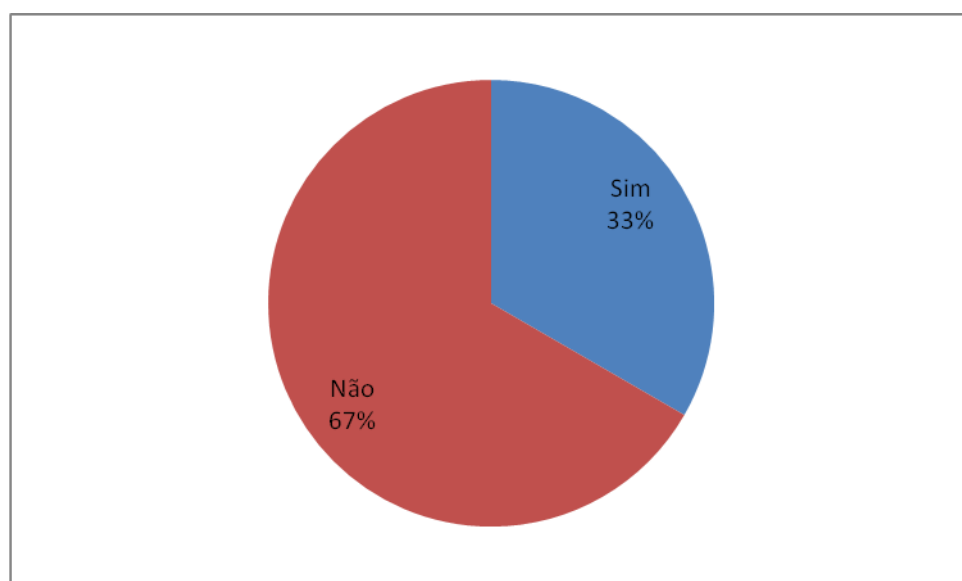


Fonte: Dados da Pesquisa

Já os profissionais das escolas, 50% avaliam como média, 25% como baixa, 8,3% avaliam como muito baixa e 8,3% como alta.

Os profissionais das escolas foram questionados se há uma boa articulação da escola com o serviço de saúde quando se trata de lidar com a saúde dos alunos/adolescentes; 66,66% responderam que não e 33,33% responderam que sim (TABELA 4).

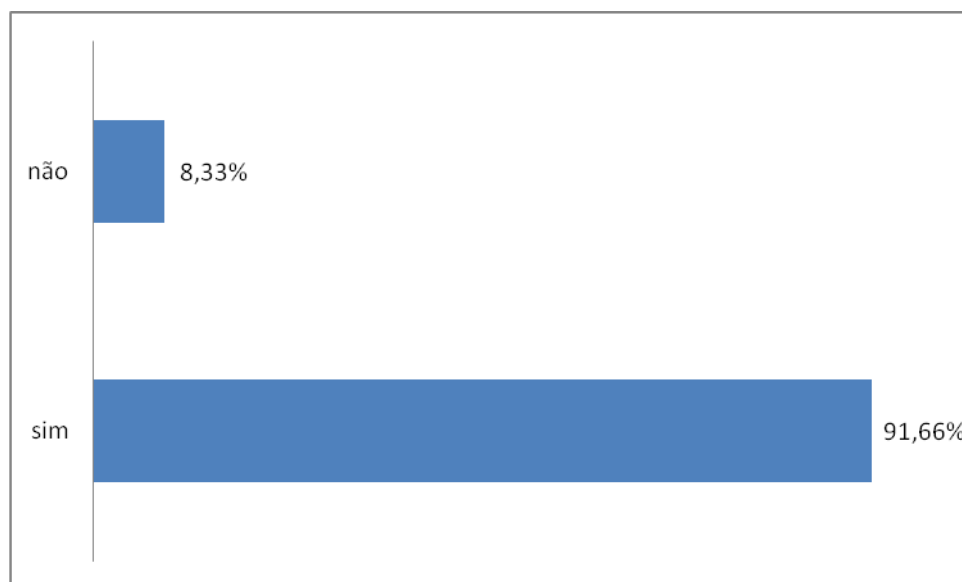
**Tabela 4 - Articulação da escola com o serviço de saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa

Quando perguntado se o profissional da escola consegue identificar necessidades de saúde dos adolescentes à partir do ambiente escolar, 91,66% disseram que sim e 8,33% não (TABELA 5).

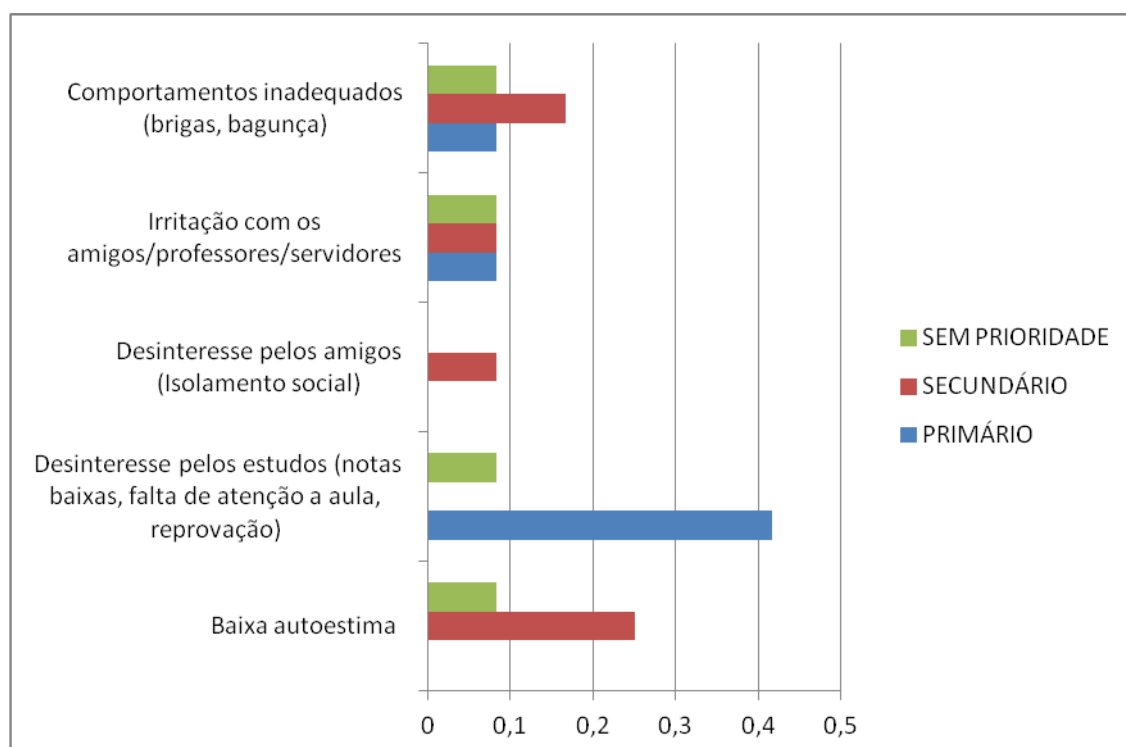
**Tabela 5- Necessidade em saúde a partir da escola**



Fonte: Dados da Pesquisa

Os profissionais da escola foram questionados quanto aos indicadores de necessidades de saúde que os adolescentes manifestam, sendo possível marcar até dois itens indicando o grau de importância primária ou secundária para os itens selecionados. Como necessidades primárias de saúde, 41,66% dos profissionais indicaram o desinteresse pelos estudos (notas baixas, falta de atenção a aula e reprovação), 8,3% dos profissionais indicaram que é a irritação com os amigos/professores/servidores e 8,3% dos profissionais apontaram para o comportamentos inadequados (brigas; bagunça). Como necessidades de saúde secundárias, 25% responderam baixa autoestima, 8,3% desinteresse pelos amigos (isolamento social), 8,3% dos profissionais acreditam ser a irritação com os amigos/professores/servidores, e 16,66% dos profissionais acreditam que é o comportamento inadequado (brigas; bagunça). Alguns profissionais marcaram as necessidades sem indicar o grau de importância (primária ou secundária), sendo que 8,3% acreditam ser a baixa autoestima, 8,3% o desinteresse pelos estudos (notas baixas, falta de atenção a aula, reprovação) e 8,3% a irritação com os amigos/professores/servidores (TABELA 6).

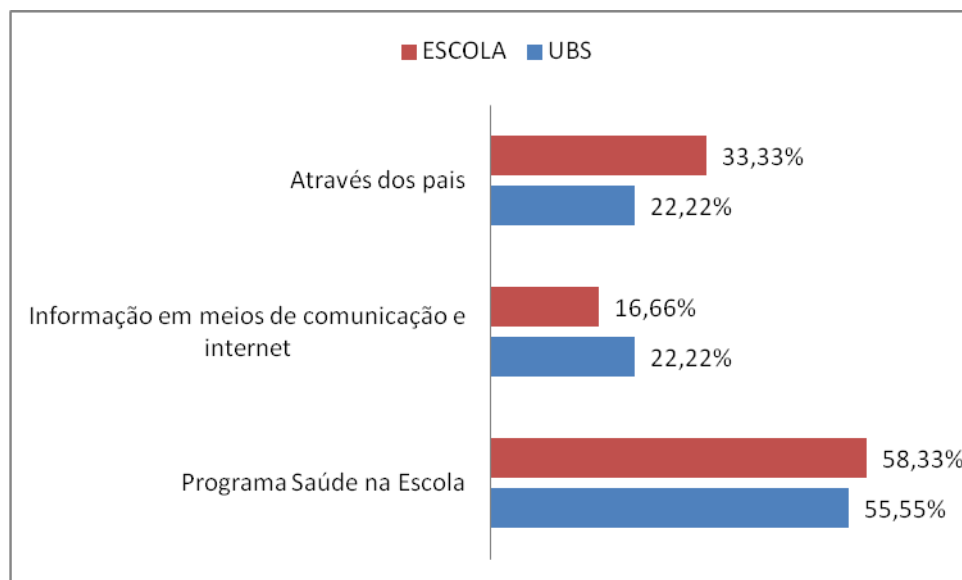
**Tabela 6- Indicadores de necessidade em saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa

Quando perguntado sobre qual seria o método mais eficaz para a captação de jovens para o serviço de saúde, o Programa Saúde na Escola obteve 55,55% das respostas dos profissionais da UBS e 58,33% dos profissionais da escola; por meio dos pais foi assinalado por 22,22% dos profissionais da UBS e 33,33% dos da escola e, por fim, informação em meios de comunicação e internet foram selecionados por 22,22% dos profissionais da UBS e 16,6% dos da escola (TABELA 7).

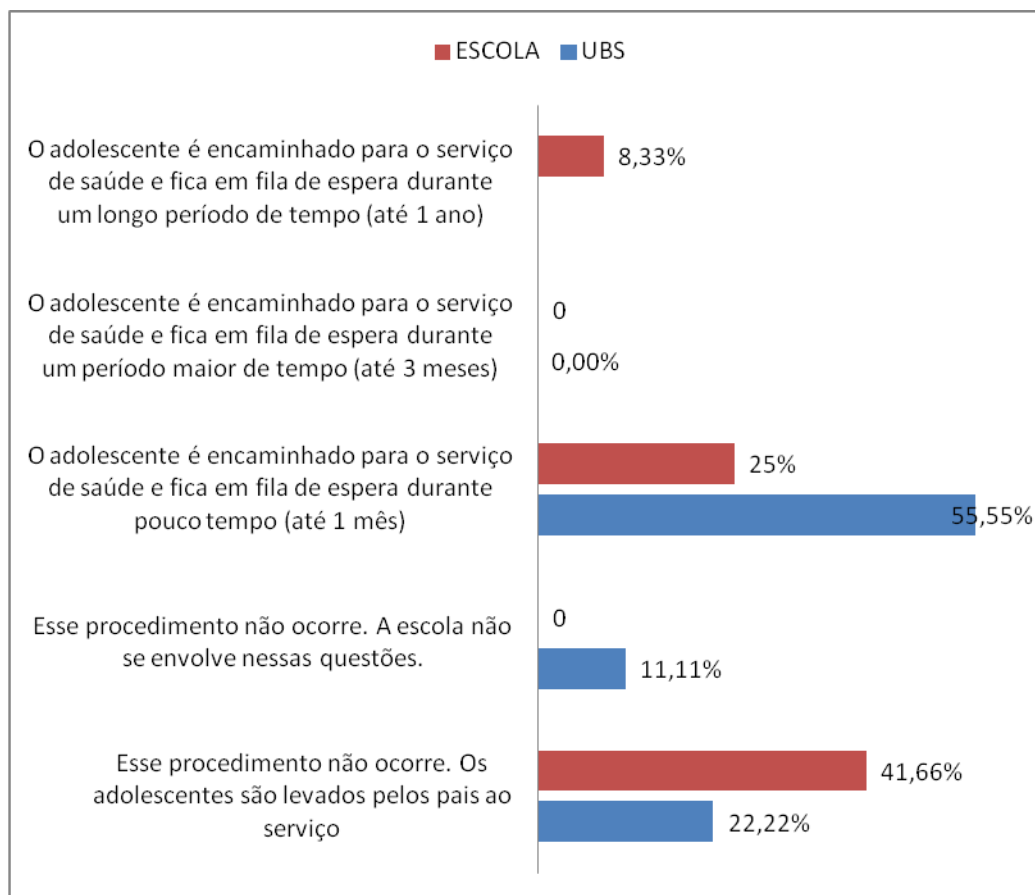
**Tabela 7- Método de captação do adolescentes**



Fonte: Dados da Pesquisa

Quando perguntado se o serviço de saúde recebe adolescentes encaminhados das escolas para acompanhamento psicossocial, 55,55% dos profissionais da UBS e 25% dos da escola disseram que o adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante pouco tempo (até 1 mês); 22,22% dos profissionais da UBS e 41,66% dos profissionais da escola disseram que esse procedimento não ocorre, que os adolescentes são levados pelos pais ao serviço; 11,11% dos profissionais da UBS disseram que esse procedimento não ocorre, que a escola não se envolve nessas questões; 8,3% dos profissionais da escola disseram que o adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um longo período de tempo (até 1 ano) (TABELA 8).

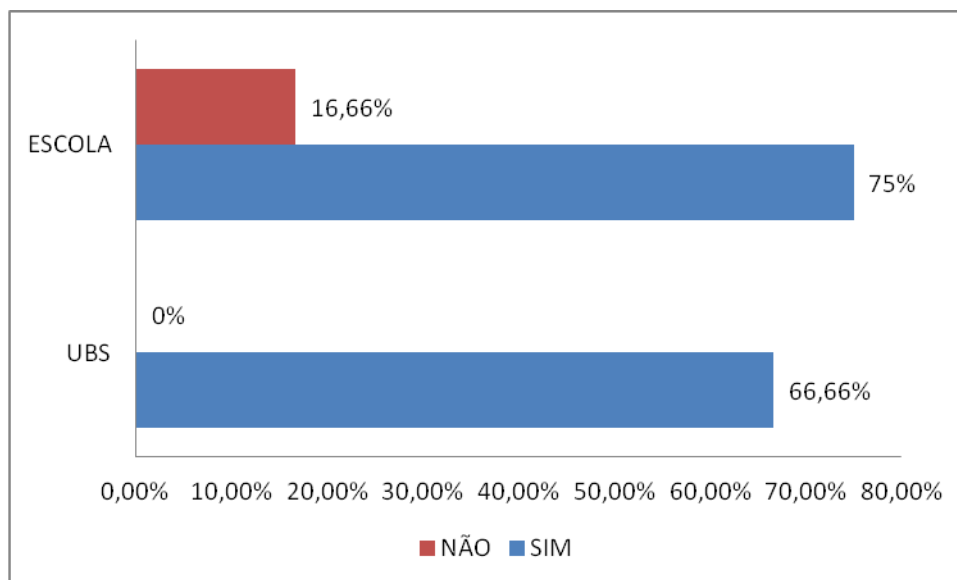
**Tabela 8 - Procedimento de encaminhamento**



Fonte: Dados da Pesquisa

Quando perguntado sobre a perspectiva dos profissionais a respeito da influência da família na não adesão do adolescente ao serviço de saúde, 66,66% dos profissionais da UBS e 75% dos profissionais da escola acham que sim, que a família influencia na não adesão do adolescente ao serviço de saúde (TABELA 9).

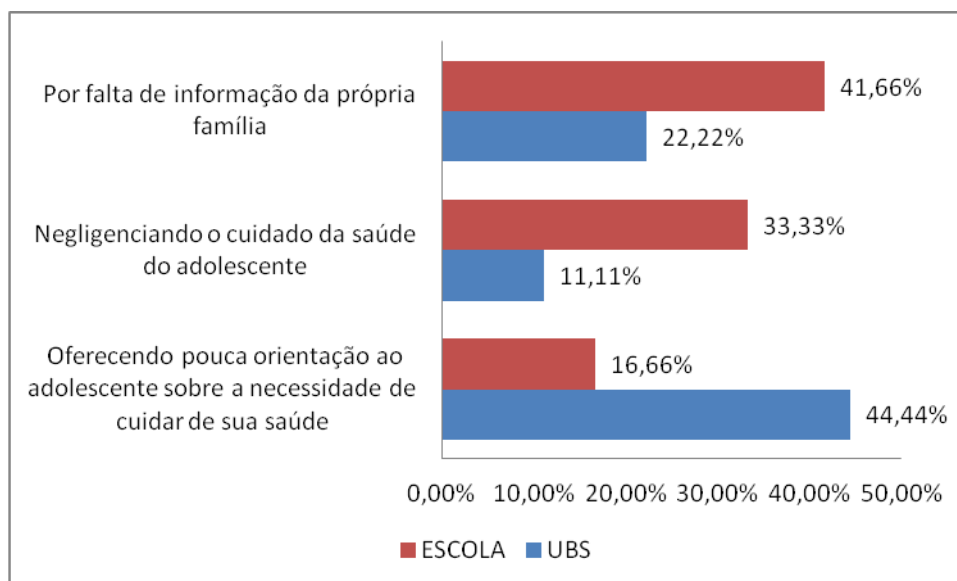
**Tabela 9 - Influência da família na não adesão do adolescente**



Fonte: Dados da Pesquisa

Questionado sobre de que forma a família influenciaria nessa não adesão do adolescente ao serviço de saúde, 44,44% dos profissionais de saúde e 16,66% dos profissionais da escola responderam que era oferecendo pouca orientação ao adolescente sobre a necessidade de cuidar de sua saúde; por falta de informação da própria família foi respondido por 22,22% dos profissionais da saúde e 33,33% pelos da escola, e negligenciando o cuidado da saúde do adolescente foi respondido por 11,11% dos profissionais da UBS e 33,33% dos da escola (TABELA 10).

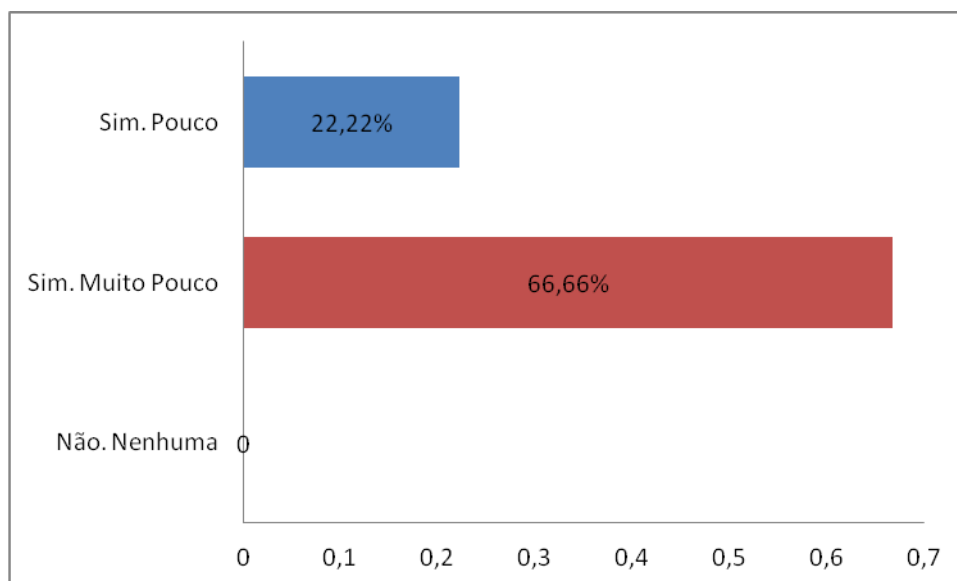
**Tabela 10 - De que forma a família influência na não adesão**



Fonte: Dados da Pesquisa

Aos profissionais da UBS foi perguntado sobre a existência de demanda espontânea de jovens ao serviço de saúde; 66,66% dos profissionais responderam que essa demanda existe, mas é muito pouca, e 22,22% responderam que a demanda existe, mas é pouca (TABELA 11).

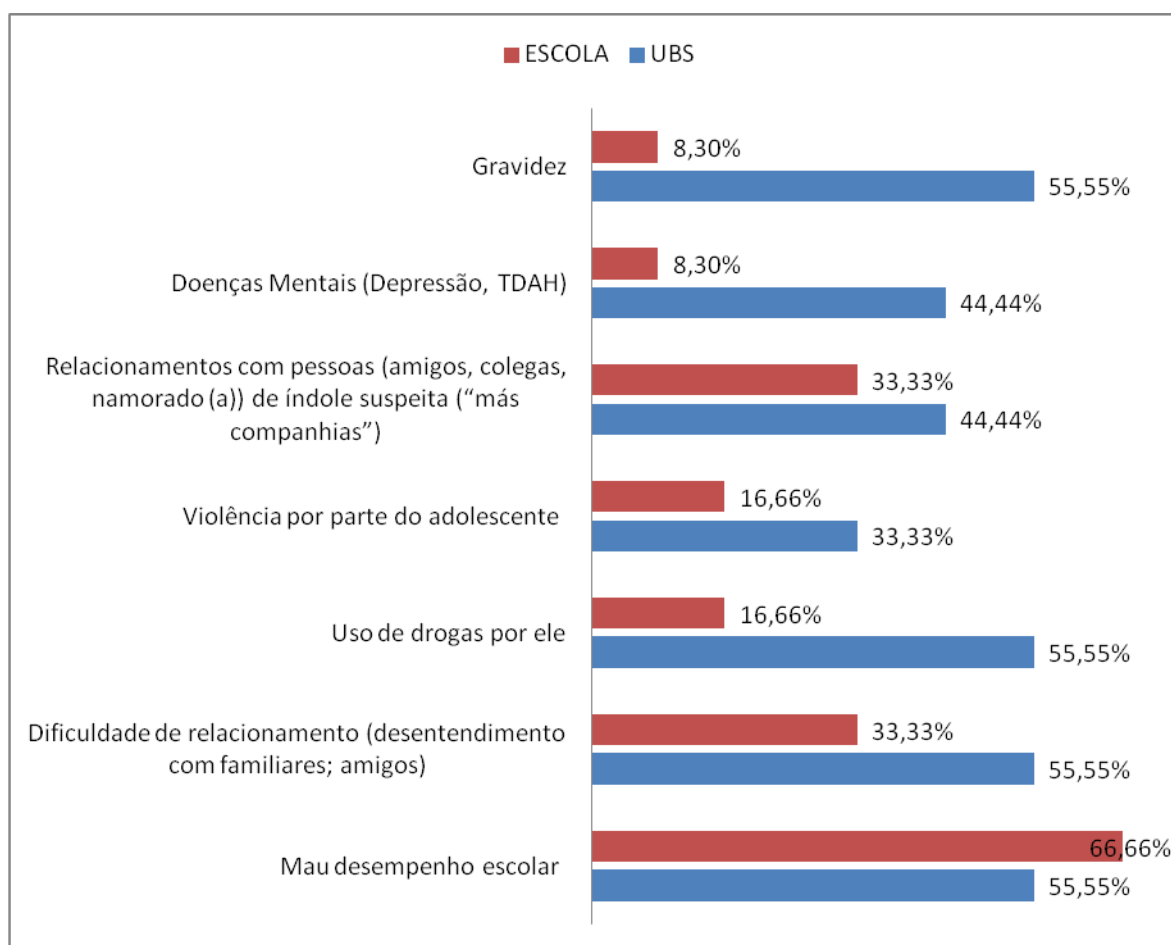
**Tabela 11 - Demanda espontânea do jovem ao serviço de saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa

Sobre as principais queixas que os pais levam para o serviço de saúde e para a escola sobre seus filhos adolescentes, questão esta que era possível marcar mais de um item, o mau desempenho escolar obteve 55,55% das respostas dos profissionais da UBS e 66,66% dos da escola; dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos) foram respondidos por 55,55% dos profissionais da UBS e 33,33% pelos da escola; uso de drogas foi respondido por 55,55% dos profissionais da UBS e 16,6% pelos da escola; violência por parte do adolescente foi selecionado por 33,33% dos profissionais da UBS e 8,3% pelos da escola; relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado(a)) de índole suspeita (“más companhias”) foi respondido por 44,44% dos profissionais da UBS e 33,33% pelos da escola; doenças mentais (depressão, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH) apontado por 44,44% dos profissionais da UBS e 8,3% pelos da escola; gravidez relatado por 55,55% dos profissionais da UBS e 8,3% pelos da escola (TABELA 12).

**Tabela 12 - QUEIXAS DOS PAIS**



Itens que obtiveram menos de 33,33% das marcações e não estão no gráfico: Uso de drogas pelos



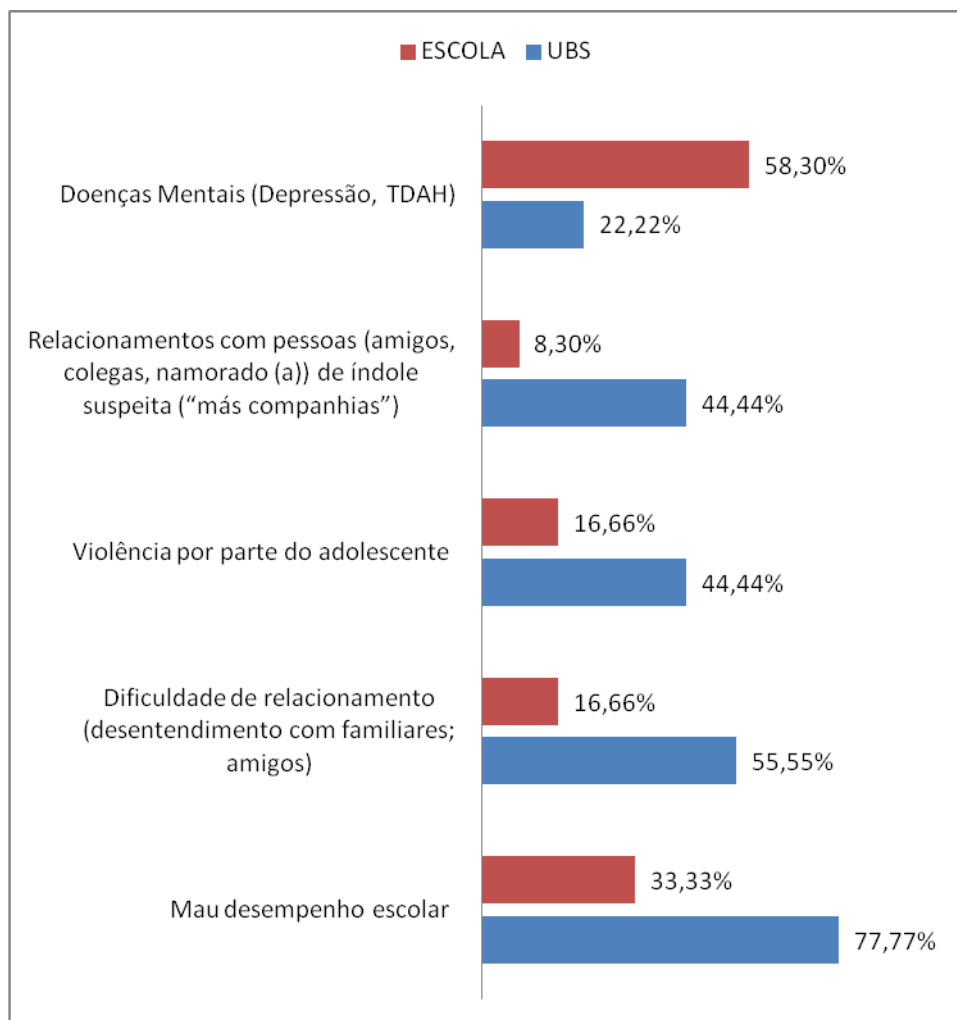
pais/família; Abuso sexual; Doenças “fisiológicas”; Vida sexual ativa; Violência por parte dos pais/familiares; Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas; Negligência dos pais/familiares.

Fonte: Dados da pesquisa

Os seguintes itens não ilustram o gráfico, pois obtiveram valores iguais ou menores a 33,33% das respostas de ambos profissionais: abuso sexual foi respondido por 11,11% dos profissionais da UBS e 33,33% pelos profissionais da escola; doenças “fisiológicas” foi apontada como queixa levada pelos pais por 22,22% dos profissionais da UBS e 33,33% pelos da escola; vida sexual ativa por 11,11% dos profissionais da UBS e 16,6% pelos da escola; pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas por 11,11% dos profissionais da UBS e 8,3% pelos da escola e negligência dos pais/familiares selecionado por 33,33% dos profissionais da UBS e 8,3% pelos da escola. O Uso de drogas pelos pais/família não foi respondido por nenhum dos profissionais.

Com relação às principais queixas que a escola identifica e leva para o serviço de saúde, sendo possível marcar mais de uma opção, o mau desempenho escolar obteve 33,33% das respostas dos profissionais da UBS e 77,77% das respostas dos profissionais da escola; dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares e amigos) obteve 55,55% das respostas dos profissionais da UBS e 16,66% das respostas dos profissionais da escola; violência por parte do adolescente obteve 44,44% das respostas dos profissionais da UBS e 16,66% das respostas dos profissionais da escola; doenças mentais (depressão, TDAH) obteve 22,22% das respostas dos profissionais da UBS e 58,3% das respostas dos profissionais da escola; Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorados) de índole suspeita (má companhia) obteve 44,44% das respostas dos profissionais da UBS e 8,3% das respostas dos profissionais da escola (Tabela 13).

**Tabela 13 - QUEIXAS QUE AS ESCOLAS IDENTIFICAM**



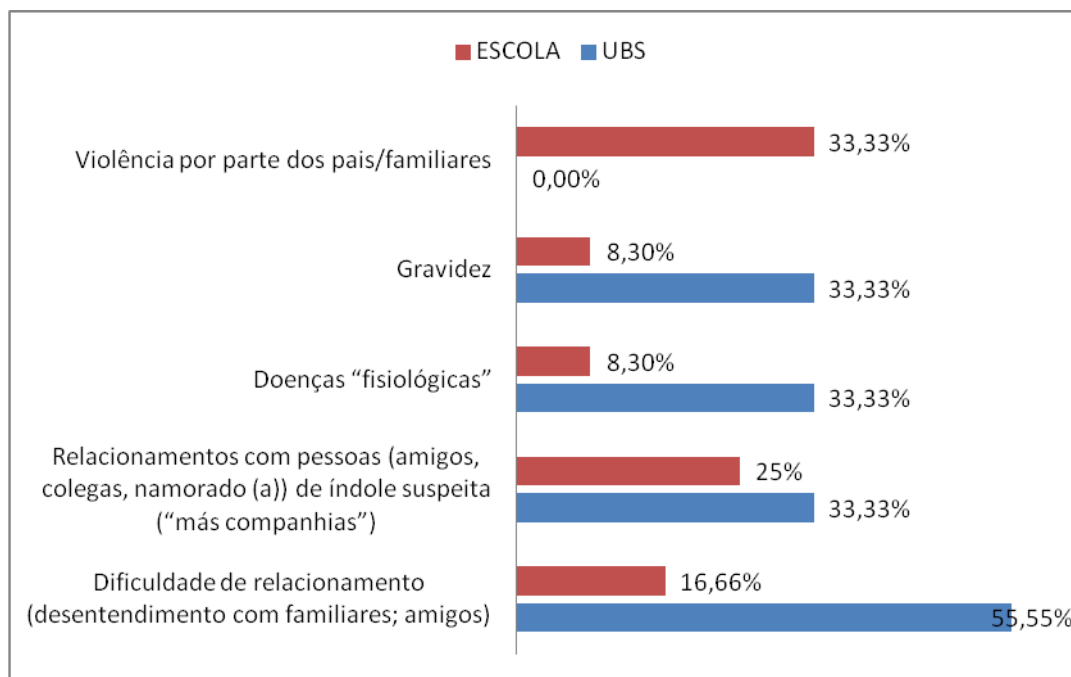
Itens que obtiveram valor menor ou igual a 33,33% das marcações e não estão no gráfico: Uso de drogas por ele; Uso de drogas pelos pais/família; Doenças "fisiológicas"; Gravidez; Abuso sexual; Vida sexual ativa; Violência por parte dos pais/familiares; Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas; Negligência dos pais/familiares.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os seguintes itens não ilustram o gráfico, pois obtiveram respostas menores ou iguais a 33,33% de ambos os profissionais: O uso de drogas pelo adolescente obteve 11,11% das respostas dos profissionais da UBS e 8,6% das respostas dos profissionais da escola. Alguns itens foram marcados apenas pelos profissionais da escola e obtiveram 33,33% das respostas para abuso sexual, 16,66% das respostas para doenças "fisiológicas", 8,3% para gravidez, 8,3% para vida sexual ativa, 16,66% para violência por parte dos pais/familiares, 8,3% para negligência dos pais/familiares. Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas não foi respondido por nenhum profissional.

Quanto aos adolescentes, as principais queixas que eles levam para o serviço de saúde e para as escolas foram assim identificadas pelos profissionais da UBS e da escola, conforme demonstrado na Tabela 5 (nesta questão era possível assinalar mais de um item) (TABELA 14).

**Tabela 14 - QUEIXAS DOS ADOLESCENTES**



Itens que obtiveram valor menos ou igual a 30% das respostas e não estão no gráfico: Mau desempenho escolar; Uso de drogas por ele; Uso de drogas pelos pais/família; Violência por parte do adolescente; Abuso sexual; Doenças Mentais (Depressão, TDAH); Vida sexual ativa; Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas; Negligência dos pais/familiares.

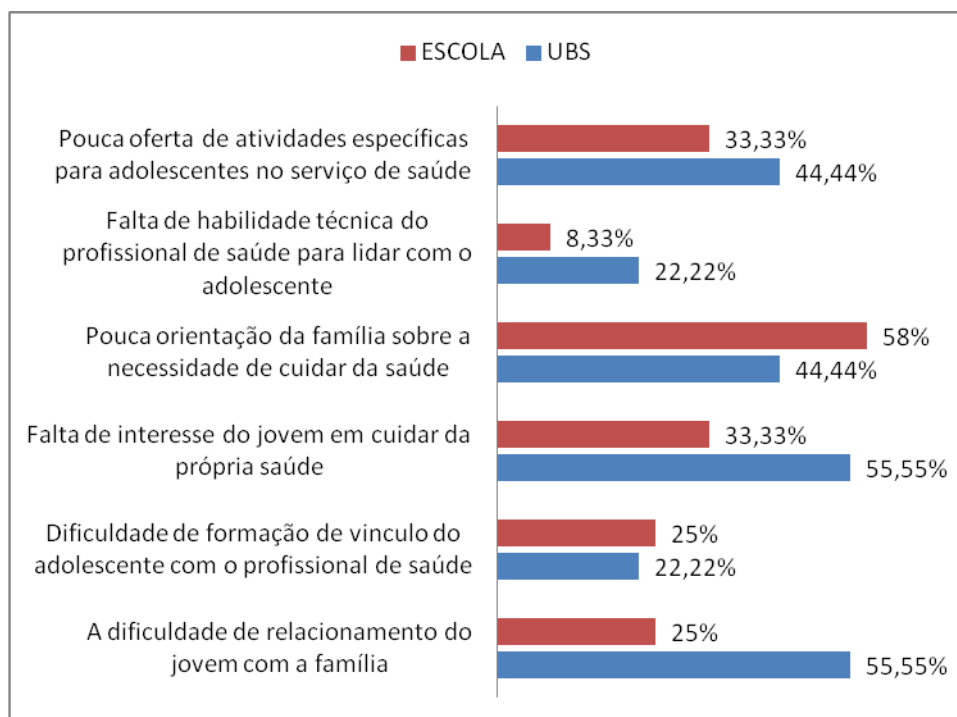
Fonte: Dados da pesquisa.

Os seguintes itens não ilustram o gráfico, pois obtiveram resultados menores ou iguais a 30%: Mau desempenho escolar obteve 22,22% das respostas dos profissionais da UBS e 16,66% das respostas dos profissionais da escola, Uso de drogas por ele obteve 11,11% das respostas dos profissionais da UBS e 8,3% das respostas dos profissionais da escola, Uso de drogas pelos pais/família obteve 11,11% das respostas dos profissionais da UBS e 8,3% das respostas dos profissionais da escola, Vida sexual ativa obteve 22,22% das respostas dos profissionais da UBS e 8,3% das respostas dos profissionais da escola, Negligência dos pais/familiares obteve 22,22% das respostas dos profissionais da UBS e 16,6% das respostas dos profissionais da escola. Alguns itens só foram marcados pelos profissionais

da escola sendo eles Violência por parte do adolescente 16,6% das respostas, Abuso sexual 8,3% das respostas, Doenças Mentais (Depressão, TDAH) 8,3% das respostas.

Qual seria o maior desafio na adesão do jovem ao serviço de saúde na visão dos profissionais da UBS e da escola foi respondido da seguinte forma pelos profissionais de ambas instituições, sendo possível assinalar mais de um item, conforme demonstrado na Tabela 15.

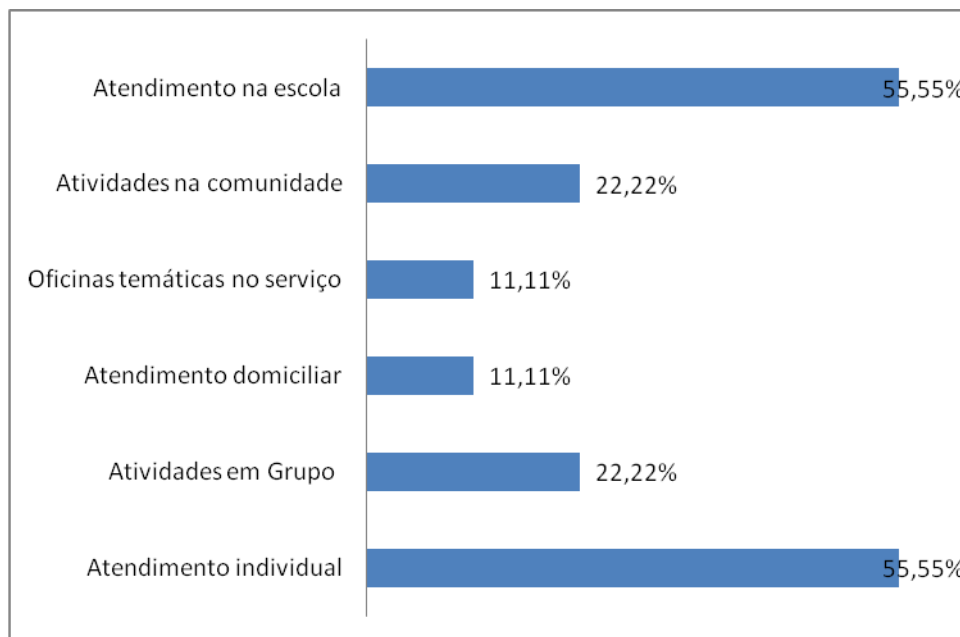
**Tabela 15 - DESAFIO NA ADESÃO DO JOVEM AO SERVIÇO DE SAÚDE**



Fonte: Dados da pesquisa.

Foi perguntando aos profissionais de saúde quais instrumentos poderiam ser usados para fortalecer a adesão do adolescente ao serviço de saúde, sendo possível escolher até duas alternativas. Realizar atendimento individual foi respondido por 55,55%; realizar atendimento na escola por 55,55%; atividades em grupo por 22,22%; atendimento domiciliar por 11,11%; oficinas temáticas no serviço foi respondido por 11,11% e atividades na comunidade por 22,22% (TABELA 16).

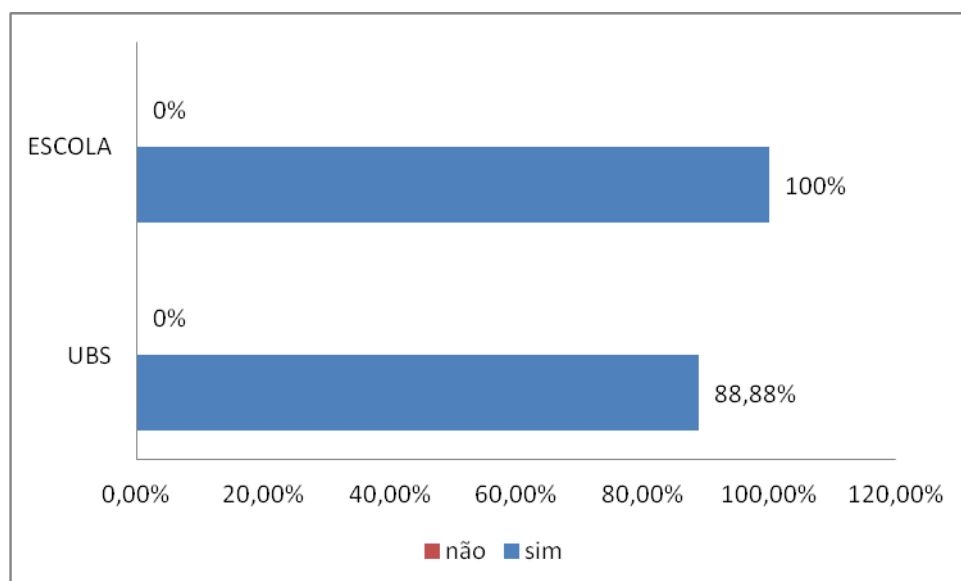
**Tabela 12 - Instrumentos para fortalecer a adesão dos adolescentes no serviço de saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa

Sobre a necessidade de implantação no serviço de saúde de um programa específico para a saúde do adolescente, 88,88% dos profissionais da UBS e 100% dos profissionais da escola responderam que sim, que seria necessário (TABELA 17).

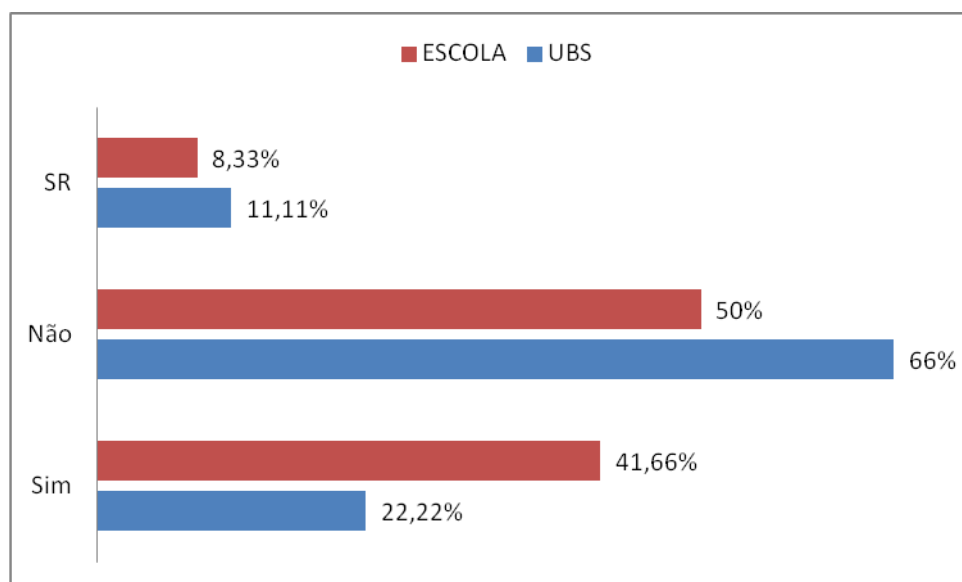
**Tabela 13 - Necessidade de um programa específico para a saúde do adolescente**



Fonte: Dados da Pesquisa

Os profissionais, da UBS e da escola, foram questionados se sentem preparados para lidar com os desafios que o público jovem leva ao serviço (gravidez precoce; vida sexual; uso de drogas; brigas familiares); 22,22% dos profissionais da UBS e 41,6% da escola disseram que sim, que se sentem preparados para lidar com estas demandas (TABELA 18).

**Tabela 14 - Preparação dos profissionais**

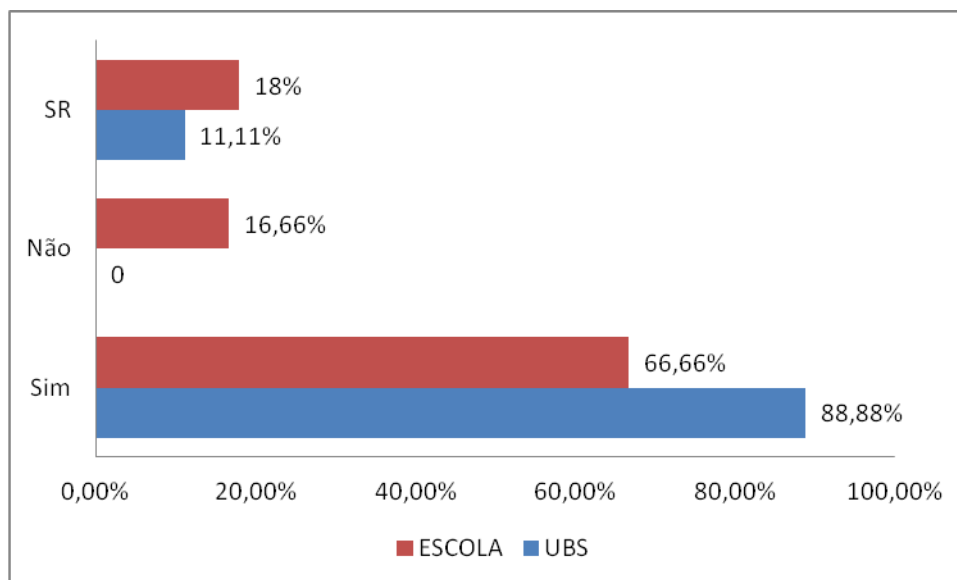


Fonte: Dados da Pesquisa

SR: Sem Resposta

Sobre a necessidade de formação/capacitação aos profissionais de saúde e da escola para melhor lidarem com o público jovem, 88,88% dos profissionais de saúde e 66,66% dos profissionais da escola responderam que sim, que sentem necessidade de formação (TABELA 19).

**Tabela 15 - Necessidade de formação e capacitação dos profissionais**

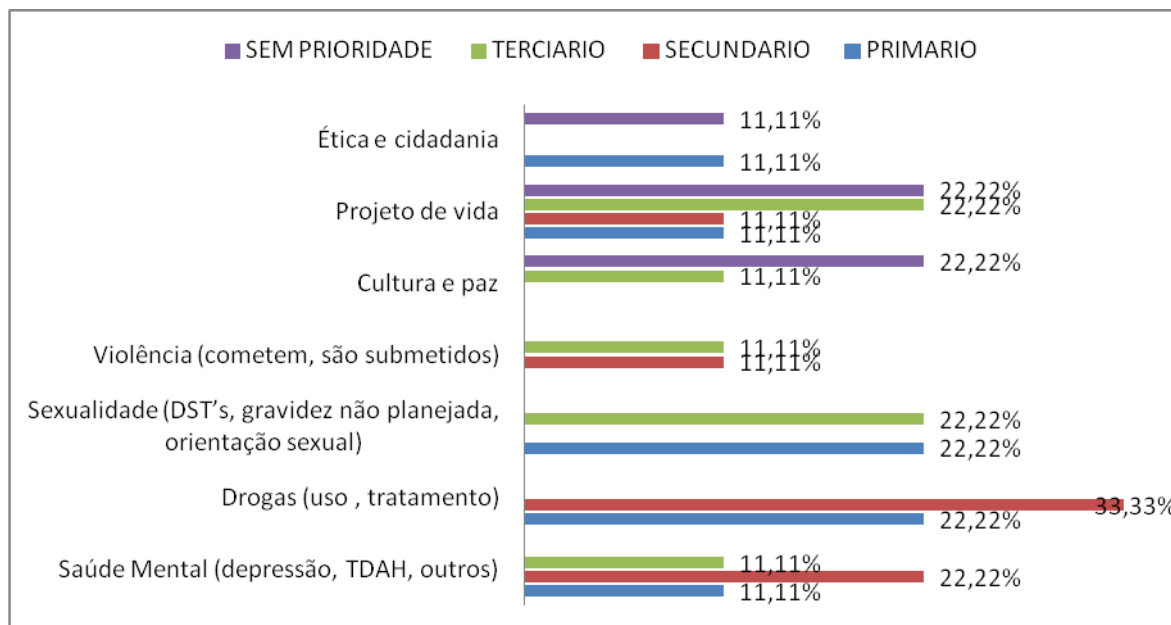


Fonte: Dados da Pesquisa

SR: Sem Resposta

Com relação aos temas que os profissionais da UBS julgavam que deveriam ser mais abordados em uma capacitação, sendo possível assinalar até três alternativas em ordem de importância (primária, secundária e terciária), saúde mental (depressão, TDAH, outros), foi assinalada por 11,11% como primário; 22,22% como secundário e 11,11% como terciário; drogas (uso e tráfico) por 22,22% como sendo tema primário e 33,33% secundário; sexualidade (DST's, gravidez não planejada, orientação sexual) apontado por 22,22% como necessidade primária e 22,22% como terciária; violência (cometem ou são submetidos) assinalado por 11,11% como demanda secundária; cultura e paz foi assinalado por 22,22% sem determinar prioridade e 11,11% como demanda terciária; projeto de vida marcado por 11,11% como primário, 11,11% como secundário e 22,22% marcaram sem dar a prioridade e, por fim, ética e cidadania apontado por 11,11% como tema primário e 11,11% sem posicionar a prioridade (TABELA 20).

**Tabela 16 - Temas que podem ser abordados em uma capacitação dos profissionais (UBS)**

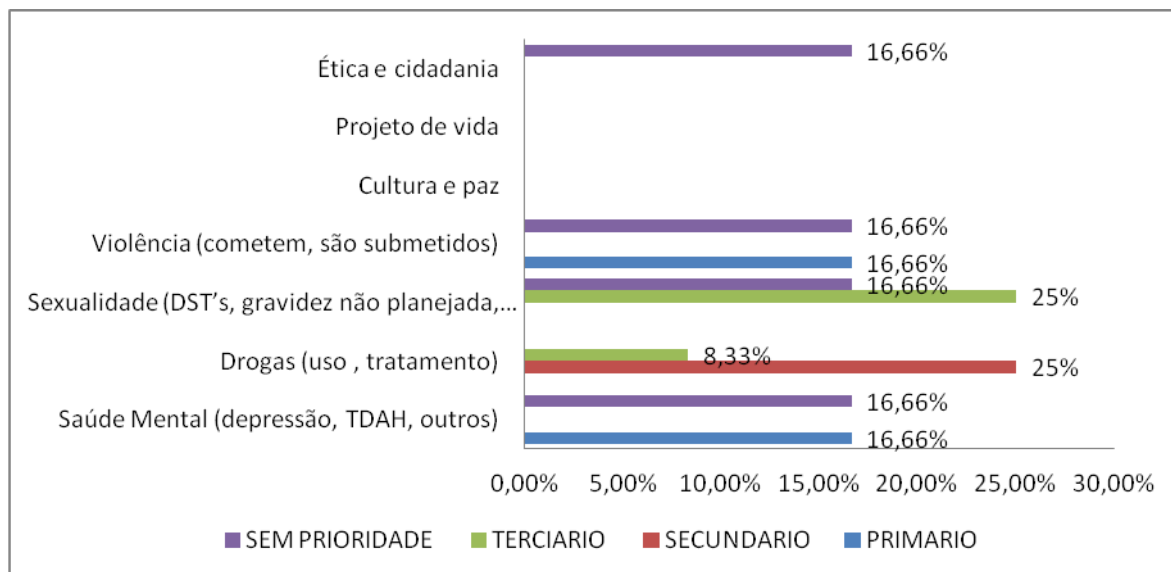


Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação aos profissionais da escola, 16,66% apontaram a necessidade de capacitação em saúde mental (depressão, TDAH, outros) como prioridade e 16,66% sem indicar prioridade; drogas (uso, tratamento) 25% dos profissionais apontaram como tema secundário e 8,3% como terciário; sexualidade (DST's, gravidez não planejada, orientação sexual) sem prioridade para 8,3%, secundária para 8,3% e terciária para 25%; violência (cometem, são submetidos) como tema prioritário para 8,3% e sem prioridade para 16,66% e, por fim, ética e cidadania foi apontado como necessário tema a ser abordado por 16,66%, porém sem prioridade (TABELA 21).



**Tabela 17 - Temas que podem ser abordados em uma capacitação dos profissionais (ESCOLA)**



Fonte: Dados da Pesquisa

## **6 DISCUSSÃO**

A partir dos resultados, foi feita uma comparação entre as respostas obtidas pelos dois grupos de profissionais, saúde e escola, na tentativa de observar como estas instituições se articulam para lidar com as questões de vulnerabilidade, busca ativa e de promoção e prevenção em saúde com o público adolescente.

Durante a aplicação do questionário, foram observadas reações diversas dos profissionais ao se depararem com as questões levantadas pela pesquisa. Muitos discutiam entre os colegas sobre a posição de cada um nas situações expostas pela pesquisa.

### **6.1 Escola e serviço de saúde**

Mesmo havendo programas específicos, como o “Saúde na Escola”, do Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, ainda existe uma falha ao se tentar fazer a articulação entre a escola e o serviço de saúde, principalmente quando se trata de questões de vulnerabilidade e no âmbito da saúde mental. Alguns profissionais acreditam que a escola não deve lidar diretamente com a questão da saúde dos alunos, que isso seria exclusivamente responsabilidade dos pais ou de outros profissionais mais qualificados, como os profissionais de saúde (FERREIRA *et al*, 2010).

Se houvesse uma boa articulação do serviço de saúde com as escolas, a busca ativa dos adolescentes e sua adesão aos serviços de saúde seriam mais eficazes e as ações de promoção e prevenção para esse público alvo obteriam mais sucesso. FERREIRA *et al* (2010), apud CRUZ (2002), apontou que o mau desempenho dos programas institucionais de prevenção ao uso de drogas podem estar relacionados a forma inadequada que os professores lidam com o assunto. Ele enfatiza que os professores não respeitam as características psicológicas, sociais e culturais dos estudantes.

### **6.2 Adesão dos adolescentes ao serviço de saúde**

Na pesquisa foram perguntados aos profissionais de saúde e aos servidores das escolas como eles avaliam a adesão dos jovens ao serviço de saúde. O profissional de

saúde, em sua maioria (66,66%), avalia essa adesão como sendo baixa e os profissionais das escolas, em sua maioria (50%), como sendo média (Tabela 3).

FERRARI; THOMSON; MELCHIOR (2006) relata que os programas de atenção a esse público alvo são fragmentados, o que dificulta sua adesão aos serviços. Se houvesse um único programa de saúde pública, no qual o principal objetivo fosse o foco na promoção e prevenção de saúde com jovens e adolescentes, os serviços funcionariam de uma forma melhor e mais integrados.

Mesmo havendo programas oriundos de políticas públicas que viabilizam o vínculo das escolas com os serviços de saúde como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE) e o PET/ Pró-Saúde III, a avaliação do profissional de saúde sobre a adesão do adolescente ao serviço mesmo assim é baixa. Isso pode ser reflexo de diversos fatores, como a pouca informação sobre a necessidade de cuidados em saúde para este grupo, negligência dos pais, ou a falta de interesse do jovem, considerando que esse período do desenvolvimento se caracteriza pela construção da identidade do adolescente e consolidação de sua personalidade. COIMBRA (2005) destaca que a articulação dos diferentes serviços seria o ideal para a eficácia dessa adesão.

Quando perguntado a respeito da perspectiva dos profissionais sobre a influência da família na não adesão do adolescente ao serviço de saúde, 66,66% dos profissionais da UBS e 75% dos profissionais da escola acham que sim, que a família exerce influência na não adesão do adolescente na escola. Sendo assim, este dado confirma o observado por GRILLO *et al* (2011), no qual a família é a peça chave na busca ativa do adolescente e pela adesão deles ao serviço de saúde.

### **6.3 Demanda espontânea do adolescente ao serviço de saúde**

No questionário aplicado aos profissionais de saúde, foi discutido sobre a demanda espontânea dos adolescentes ao serviço de saúde. De acordo com a visão da maioria dos profissionais (66,66%), essa demanda existe, mas é baixa.

Alguns estudos como, por exemplo, o de CHALEM *et al* (2007), apontam que essa demanda se dá mais entre o público feminino, no início da vida sexual, com questões de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gravidez; a procura entre o público masculino tende a ser mais baixa. Muitas vezes essas meninas se veem obrigadas a

procurar o serviço de saúde já no intuito de tratamento, no pré-natal ou na procura por diagnóstico e cuidados referentes às DSTs.

Conforme discutido no subitem anterior, a questão da demanda espontânea também é influenciada por diversos fatores que podem ser colocados como determinantes dessa baixa procura dos adolescentes ao serviço de saúde, como a falta de interesse em cuidar da própria saúde, negligência dos pais, ou a falta de informação sobre essa necessidade.

#### **6.4 Queixas**

Quando perguntado aos profissionais de saúde sobre as principais queixas que o serviço de saúde recebe das escolas a respeito dos adolescentes, a opção que obteve o maior número de respostas (66,66%) foi o mau desempenho escolar, seguido da dificuldade de relacionamento dos alunos com professores, família e amigos (Tabela 12).

A escola, quando questionada sobre quais casos ela se prontifica a encaminhar ao serviço de saúde, o mau desempenho escolar aparece como principal queixa (77,7%) (Tabela 12), o que confirma a principal queixa apontada pelo serviço de saúde. Porém, a segunda principal queixa se difere da apontada pelo serviço de saúde, que foi relacionada às doenças mentais, como TDAH, depressão, e outras (41,6%) (Tabela 12). De todo modo, é possível considerar que estes itens podem estar interligados, pois uma doença mental pode levar ao mau desempenho escolar e não cabe à escola fazer diagnóstico.

As questões levantadas pelos profissionais de saúde e da escola apresentam relação, uma vez que o adolescente enfrentando problemas familiares, uso de SPA ou algum tipo de violência, podem impactar no seu desempenho escolar, nas formas que ele se relaciona com os colegas e professores. Pode-se dizer, portanto, que é esperado que estas sejam as principais queixas apresentadas pelos profissionais da escola, sendo ela o ambiente em que a socialização e a questão do desempenho escolar estão a todo momento sendo avaliadas.

Os casos relacionando o uso de SPA como motivador do encaminhamento de adolescentes aos serviços de saúde foram pouco indicados pelos profissionais das duas áreas. Isso poderia condizer com a pesquisa de FERREIRA *et al* (2010), em que os professores não se responsabilizam, de fato, pela questão do uso de drogas, enquanto os profissionais de saúde estão mais atentos a outras questões de saúde e ou devido a pouca capacitação dos profissionais para lidarem com este problema.

Já quanto as queixas que os adolescentes levam para a escola e para o serviço de saúde, percebe-se que o jovem enfrenta dificuldade de relacionamento. A UBS identificou em 55,55% e a escola em 16,66% (Tabela 13) a dificuldade de relacionamento como a principal queixa, a violência por parte do adolescente e o relacionamento com pessoas de índole suspeita também foram queixas levantadas por eles. Todas essas questões podem estar diretamente interligadas (MARTINS, 2008). O mau relacionamento intrafamiliar pode desencadear em violência (verbal ou física) e na procura de “más companhias”. Um bom relacionamento familiar é fundamental para evitar que o jovem se insira em situações de risco (JESUS *et al*, 2011).

## **6.5 Desafios**

Os desafios encontrados pelos profissionais, tanto da área de saúde quanto no contexto escolar, são muito semelhantes. O serviço de saúde aponta uma falta de interesse do próprio jovem em cuidar da sua saúde, mas também não descarta a dificuldade que os jovens encontram em dialogar com a família, causando um estranhamento e uma má relação entre eles (Tabela 14). Os profissionais da saúde também se queixam da falta de programas específicos para lidar com o público jovem.

A família, às vezes, por ter pouca orientação não consegue transmitir ao jovem o olhar que ele deve ter sobre a própria saúde. A pouca oferta de serviços especializados para o jovem e a fragmentação dos já existentes é um fator desafiador na busca ativa e na adesão desses adolescentes ao serviço de saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR 2006).

Já a escola identifica a pouca orientação da família como sendo o maior desafio a se enfrentar. GRILLO *et al* (2011) relata que a família é de total importância na adesão do adolescente aos programas de saúde, mas que ela sente dificuldade em lidar com as questões da adolescência, talvez por pouca orientação quanto as particularidades enfrentadas nessa fase da vida, prejudicando assim o vínculo do adolescente ao serviço de saúde. Acredita-se que a escola tem um contato mais direto com a família dos adolescentes e isso pode ter contribuído para que esse fosse a principal causa assinalada (41,66%) (TABELA 8).

A falta de interesse do jovem em cuidar da própria da saúde também obteve uma marcação expressiva pelos profissionais da escola. Como já discutido anteriormente, a

adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta e uma característica determinante é a ‘rebeldia’ (EISENSTEIN, 2005). Essa rebeldia pode prejudicar a busca por informações com a própria saúde e dificulta a adesão dos jovens aos serviços. Os jovens tendem a procurar o serviço de saúde quando necessitam de tratamento e não para prevenção e promoção.

## **6.6 Preparo dos profissionais**

Com relação à preparação do profissional, tanto no âmbito da saúde quanto no âmbito escolar, eles referem não se sentir preparados para lidar com o público jovem e as questões que eles podem levantar.

Dos profissionais de saúde, 75% se dizem despreparados para lidar com as questões de gravidez precoce; vida sexual; uso de drogas e brigas familiares. Os profissionais de saúde são desafiados a todo o momento a lidar com questões diversas de saúde pública, sendo a saúde do adolescente uma delas. A maioria dos adolescentes que procuram o serviço de saúde são em geral meninas. Essas procuram o serviço na busca de orientações sobre sexualidade, gravidez e pré-natal. Em todos os serviços, a procura/adesão a questões de saúde é maior entre o público feminino (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

As questões de uso de drogas, contexto familiar conturbado só são notados quando esses jovens já estão inseridos no serviço, muitas vezes por outras questões. O profissional não vem sendo orientado e preparado para detectar e lidar com essas questões e as equipes de saúde mental que estariam mais preparadas para lidar com estes casos nas UBS, ainda encontram-se em fase de implantação e aprimoramento na rede de saúde de Brasília DF.

Dos profissionais da escola, 55% também não se sentem preparados para lidar com questões de gravidez precoce; vida sexual precoce; uso de drogas e brigas familiares. De acordo com FERREIRA et al (2010); apud SODELLI (2007), isso pode ocorrer devido a uma falta de interesse dos professores, nesse caso, em assumir responsabilidades como, por exemplo, a prevenção do uso de drogas relegando-a a outros profissionais ditos mais especializados.

Ainda de acordo com FERREIRA et al (2010); apud BIZZOTTO, RODRIGUES (2007) “a lei brasileira sobre drogas (Lei n.11.343/2006) preconiza que os professores possuam conhecimentos referentes a substâncias psicoativas para subsidiar a formação dos

estudantes.” No estudo de FERREIRA et al (2010) os professores alegaram não ter informações suficientes sobre drogas para transmiti-las aos seus alunos nem para conversar com eles sobre o tema. “Os professores, por conta da falta de informação e do receio de não terem respostas para sanar as dúvidas dos estudantes, demonstram medo e incapacidade para lidar com a prevenção do uso de drogas” (FERREIRA et al, 2010, p.4).

## **6.7 Capacitação**

Quando perguntado sobre a necessidade de capacitação dos profissionais, tanto da área de saúde, quanto no contexto escolar para melhor lidar com o público jovem, o resultado foi expressivo. 88% dos profissionais de saúde e 66% dos profissionais das escolas, declaram sentir necessidades dessa capacitação, fazendo alusão ao subitem anterior, em que os profissionais das duas áreas se dizem despreparados para lidar com a demanda da saúde do adolescente.

A capacitação para esses profissionais é oferecida, mas de acordo com FERREIRA et al (2010) apud SODELLI (2007), os cursos de formação dos professores para a prevenção não são capazes de promover alterações comportamentais e de valores nos servidores, principalmente entre professores, e também não conseguem fazer com que eles se sintam mais preparados para assumir a tarefa preventiva na escola.

A capacitação por meios próprios, como informações por meio de leituras e vivências pessoais sobre diversos temas, trás uma formação baseada no senso comum, que pode levar a visões erradas sobre os temas tratados na adolescência (FERREIRA et al, 2010). Isso geraria um grande problema, já que os professores são figuras importantes na consolidação da identidade dos adolescentes é chave importante como formadores de opinião.

Dessa forma, não adianta apenas capacitar os professores, mas sim integra-los em programas sociais, que podem estar interligados com os serviços de saúde, as famílias e comunidade para melhor atender o publico jovem, utilizando o conhecimento dos professores, gerado nas escolas, o conhecimento dos profissionais de saúde, gerados na rede, e o vinculo social da comunidade, enriquecendo, assim, as políticas de promoção e prevenção a saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR 2006).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em conta todos os dados coletados e as referências citadas, percebe-se uma falta de articulação entre a escola e os serviços de saúde quando se trata de lidar com a saúde dos adolescentes. A relação entre o serviço de saúde e as escolas pode até existir, porém apresenta falhas.

Os profissionais não demonstram estar plenamente dispostos a assumir a responsabilidade das questões levantadas pelos adolescentes, não por falta de interesse, mas por não se sentirem plenamente capacitados para lidar com as demandas que podem surgir. A capacitação dos profissionais é de extrema importância para melhor lidar com os jovens e suas questões.

Porém apenas a capacitação não seria suficiente; se faz necessária a elaboração de políticas públicas eficazes com foco na saúde como um todo e que levantasse questões de saúde mental geral, e não apenas o uso de SPA (substâncias psicoativas), questões sobre sexo e sexualidade, mas também as questões de relacionamento familiar que foi, de acordo com a pesquisa, a principal queixa levantada para os jovens.

É possível que as questões vistas como prioritárias para o adolescente nas políticas de inserção do jovem ao serviço de saúde, não estejam de acordo com as reais necessidades desse público. As questões de sexo e drogas sempre são vistas como temas principais para promover saúde entre o público jovem, mas essas questões já não demonstram mais tanto interesse para a atual geração. Se faz necessário elaborar outros planos de intervenção para promover uma busca ativa de maior qualidade e que estejam em consonância com as reais necessidades que eles apresentam.

A busca ativa do adolescente para o serviço de saúde é de responsabilidade de todos, escola, serviço de saúde, família e comunidade; todos devem assumir a responsabilidade em cuidar da saúde dos jovens, principalmente os que estão inseridos em contextos de vulnerabilidade.



## 8 REFERÊNCIAS

ALVES H. P. F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **R. bras. Est. Pop**; 23, n. 1, p. 43 59, 2006.

AMPARO D. M.; GALVÃO A. C. T.; ALVES P. B.; BRASIL K. T.; KOLLER S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estudos de Psicologia**;13(2), 165 174, 2008

ASSIS, S G; SOUZA, E. R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**; 71(6): 303 312, 1995

BEATO, C. F.; PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M. V. Crime, oportunidade e vitimização. **RBCS** Vol. 19 nº. 55, 2004

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Subsecretaria para assuntos Jurídicos. Presidência da República. Brasília, DF. 1990

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção em saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARRANO, P. C. R. Identidades juvenis e escola. pág: 153 até 162. Construção coletiva: contribuições à educação de jovens e adultos. Brasília: UNESCO, MEC, RAAAB, 2005.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M.; GUINSBURG, R; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):177-186, 2007.

COIMBRA C.; BOCCO F.; NASCIMENTO M.L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arq. Bras. Psicol.** v.57 n.1, Rio de Janeiro, jun. 2005

COSTA, I. I. Adolescência e primeira crise psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. **Laboratório de psicopatologia e psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília**. Anais da Associação Universitária de Brasília, 2006 <psicopatologiafundamental.org>

CRIVELATTI, M M. B.; DURMAN S.; HOFSTATTER L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto Contexto Enferm**; 15 (Esp): 64 70, 2006

DAYRELL, J. A escola “faz” as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. **Educ. Soc.** Campinas, vol. 28, n. 100. Especial, p. 1105-1128, out. 2007. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

De ANTONI, C; YUNES M. A. M.; HABIGZANG L.; KOLLER S. H. Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 28(1) I 97-106 I janeiro - março 2011.

DESLONDES, S. F. Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde. **Rev. Latino Am. enfermagem**. Ribeirão Preto v. 3 n. 2 p. 207-208 julho 1995.

DIMENSTEIN, M.; ZAMORA, M.H.; VILHENA, J. Da vida dos jovens nas favelas cariocas. Drogas, Violência e Confinamento. ICHF UFF Rev de psic., cap2, Junho 2004.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**. volume 2, nº 2 junho 2005.

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J. O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes**. Brasília: CECRIA /MJ-SEDH-DCA /FBB /UNICEF, 2000.

FARIAS, J. J.; C, NAHAS M. V.; BARROS, M.V.G.; LOCH, M. R.; OLIVEIRA E. S. A.; DE BEM M. F. L.; LOPES A.S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**; 25 (4):344-352, 2009

FERRARI, R. A. P.; THOMSON Z.; MELCHIOR R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, 22 (11): 2491-2495, 2006

FERREIRA, T. C. D.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, 2010.

FURNISS, T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1993.

GRILLO, C. F.C; CADETE, M.M.M.; FERREIRA, R.A.; GUIMARÃES, P. R.; MIRANDA, S. M. Saúde do adolescente **Nescon/UFMG – Faculdade de Medicina**. Belo Horizonte 80p., 2011

HADDAD, A. E.; CAMPOS, F. E.; FREITAS, M. S. B. F.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – Pet-Saúde **Cadernos ABEM**, Volume 5, 2009

JESUS, FB; LIMA, FCA; MARTINS, CBG; MATOS, KF; SOUZA, SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm**; 32(2): 359-67, 2011

LEPRE, R. M. **Adolescência e construção da identidade**. Artigo publicado no site Psicopedagogia on line, 2003.

LIMA M. G.; GUSSI M. A.; TESTA G. G.; GONÇALVES D. F.; FERREIRA C. L. Projeto de pesquisa ações de saúde mental na atenção básica para adolescentes. UnB. **Faculdade de ciências da saúde** - departamento de enfermagem, 2011.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o Primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (5):1112-1120, mai, 2008.

MEAD, M. **Adolescencia y cultura en Samoa**. Buenos Aires: Paidós. (1951)

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública** 10: 7-18, 1994

PINHO SR, DUNNINGHAM W, ANDRADE FILHO AS, AGUIAR WM, GUIMARÃES K, GUIMARÃES K, ALMEIDA PRP, DUNNINGHAM Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **J Bras Psiquiatr**; 55(2): 126-130, 2006

SÁNCHEZ, A.I M.; BERTOLOZZI, I M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2): 319-324, 2007

SILVA, K. L.; DIAS, F. L. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc. Anna Nery**; 14 (3): 605-610, ND. 2010.

SZOBOT, C. M.; ROMANO, M. Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. **J. Bras. Psiquiatr**. 56, supl 1; 39-44, 2007.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública**; (38)6: 787-96, 2004

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.28 nº.8 Rio de Janeiro Aug.2006

## 9 APÊNDICES

### 9.1 QUESTIONÁRIO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

#### QUESTIONÁRIO PARA SERVIDORES DA UBS

1. Na sua opinião, em que momento a adolescência se inicia?	x	SIM	NÃO
Com as mudanças corporais da puberdade (Menstruação, crescimento de pelos)			
De acordo com as definições do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (12 anos)			
De acordo com a definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (10 anos)			
De acordo com ONU - Organização das Nações Unidas (15 anos)			
De acordo com o SUS – Sistema Único de Saúde (9anos)			
2. Na sua opinião, em que momento a adolescência termina?			
Quando a pessoa começa a trabalhar			
Quando ela sai da casa dos pais			
Quando ela se casa			
Quando tem filhos			
De acordo com as definições do ECA ( 18 anos)			
De acordo com a definição da OMS (19 anos)			
De acordo com ONU (24 anos)			
De acordo com o SUS (20 anos)			
3. Você, como profissional de saúde, avalia a adesão dos adolescentes ao serviço de saúde como:			
Muito Baixa			
Baixa			
Média			
Alta			
Muito Alta			
4. Qual método é mais eficaz na captação de jovens para o serviço de saúde?			
Programa Saúde na Escola			
Informação em meios de comunicação e internet			
Através dos pais			
5. Quando o serviço de saúde recebe adolescentes encaminhados da escola para acompanhamento psicossocial, como ocorre esse procedimento?			
Esse procedimento não ocorre. Os adolescentes são levados pelos pais ao serviço			
Esse procedimento não ocorre. A escola não se envolve nessas questões.			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante pouco tempo (até 1 mês)			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um período maior de tempo (até 3 meses)			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um longo período de tempo (até 1 ano)			
6. De acordo com a sua perspectiva, a família tem alguma influência na não adesão do adolescente ao serviço de saúde?			
7. Se sim, de que forma ela influencia?			
Oferecendo pouca orientação ao adolescente sobre a necessidade de cuidar de sua saúde			
Negligenciando o cuidado da saúde do adolescente			
Por falta de informação da própria família			
8. Existe demanda espontânea de jovens ao serviço de saúde:			
Não. Nenhuma			
Sim. Muito pouco			
Sim. Pouco			
9. Quais as principais queixas os pais trazem para o serviço de saúde sobre seus filhos adolescentes?			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			

Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>10. Quais as principais queixas que a escola traz para o serviço de saúde sobre os alunos?</b>			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			
Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>11. Quando o adolescente chega ao serviço de saúde, qual a sua principal queixa:</b>			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			
Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>12. Na sua opinião, qual o maior desafio na adesão do jovem ao serviço de saúde?</b>			
A dificuldade de relacionamento do jovem com a família			
Dificuldade de formação de vínculo do adolescente com o profissional de saúde			
Falta de interesse do jovem em cuidar da própria saúde			
Pouca orientação da família sobre a necessidade de cuidar da saúde			
Falta de habilidade técnica do profissional de saúde para lidar com o adolescente			
Pouca oferta de atividades específicas para adolescentes no serviço de saúde			
<b>13. Quais instrumentos poderiam ser usados para fortalecer a adesão do adolescente ao serviço de saúde (máximo 2 alternativas):</b>			
Atendimento individual			
Atividades em Grupo			
Atendimento domiciliar			
Oficinas temáticas no serviço			
Atividades na comunidade			
Atendimento na escola			
<b>14. Você sente necessidade de implantação no serviço de saúde de um programa específico para a saúde do adolescente?</b>			
<b>15. Você se sente preparado para lidar com os desafios que o público jovem trás ao serviço (gravidez precoce; vida sexual precoce; uso de drogas; brigas familiares)?</b>			
<b>16. Você sente necessidade de formação/capacitação aos profissionais de saúde para melhor lidar com o</b>			

<b>público jovem?</b>			
<b>17. Se sim, quais temas você acha que deveriam ser mais abordados em uma capacitação? (marcar <u>até três</u> utilizando o número <u>1</u> para o tema que você considera principal, <u>2</u> para o tema secundário e 3 para o tema terciário)</b>			
Saúde Mental (depressão, TDAH, outros)			
Drogas (uso , tratamento)			
Sexualidade (DST's, gravidez não planejada, orientação sexual)			
Violência (cometem, são submetidos)			
Cultura e paz			
Projeto de vida			
Ética e cidadania			

## 9.2 QUESTIONÁRIO ESCOLA

### QUESTIONÁRIO PARA SERVIDORES DA ESCOLA

<b>1. Na sua opinião, em que momento a adolescência se inicia?</b>	x	SIM	NÃO
Com as mudanças corporais da puberdade (Menstruação, crescimento de pelos)			
De acordo com as definições do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (12 anos)			
De acordo com a definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (10 anos)			
De acordo com ONU - Organização das Nações Unidas (15 anos)			
De acordo com o SUS – Sistema Único de Saúde (9anos)			
<b>2. Na sua opinião, em que momento a adolescência termina?</b>			
Quando a pessoa começa a trabalhar			
Quando ela sai da casa dos pais			
Quando ela se casa			
Quando tem filhos			
De acordo com as definições do ECA ( 18 anos)			
De acordo com a definição da OMS (19 anos)			
De acordo com ONU (24 anos)			
De acordo com o SUS (20 anos)			
<b>3. Você acha que a escola tem uma boa articulação com o serviço de saúde quando se trata de lidar com a saúde dos alunos/adolescentes?</b>			
<b>4. Você consegue identificar necessidades de saúde dos adolescentes à partir do ambiente escolar?</b>			
<b>5. Se sim, quais os indicadores de necessidades de saúde que os adolescentes manifestam? (marcar <u>até dois</u> utilizando o número <u>1</u> para o indicador que você considera principal, e <u>2</u> para o indicador secundário).</b>			
Baixa autoestima			
Desinteresse pelos estudos (notas baixas, falta de atenção a aula, reprovação)			
Desinteresse pelos amigos (Isolamento social)			
Irritação com os amigos/professores/servidores			
Comportamentos inadequados (brigas, bagunça)			
<b>6. Quando há necessidade de encaminhar um aluno ao serviço de saúde (para acompanhamento psicossocial), como ocorre esse procedimento?</b>			
Esse procedimento não ocorre. É orientado aos pais que procurem esse tipo de serviço			
Esse procedimento não ocorre. A escola não se envolve nessas questões.			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante pouco tempo (até 1 mês)			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um período maior de tempo (até 3 meses)			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde e fica em fila de espera durante um longo período de tempo (até 1 ano)			
O adolescente é encaminhado para o serviço de saúde mas nunca é atendido			
<b>7. Você, como profissional da escola, avalia a procura/adesão/demanda dos adolescentes ao serviço de saúde como:</b>			
Muito Baixa			
Baixa			
Média			
Alta			
Muito alta			
<b>8. Qual método é mais eficaz na captação de jovens para acompanhamento de saúde?</b>			

Programa Saúde na Escola			
Informação em meios de comunicação e internet			
Através dos pais			
<b>9. De acordo com a sua perspectiva, a família tem alguma influência na <u>não</u> adesão do adolescente ao serviço de saúde?</b>			
<b>10. Se sim, de que forma ela influencia?</b>			
Oferecendo pouca orientação ao adolescente sobre a necessidade de cuidar de sua saúde			
Negligenciando o cuidado da saúde do adolescente			
Por falta de informação da própria família			
<b>11. Quais as principais queixas que os pais fazem aos profissionais da escola sobre seus filhos adolescentes?</b>			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			
Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>12. Quais as principais dificuldades que a <u>escola</u> identifica nos adolescentes para o encaminhamento ao serviço de saúde?</b>			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			
Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>13. Quais as principais queixas que os <u>alunos</u> levam para a escola?</b>			
Mau desempenho escolar			
Dificuldade de relacionamento (desentendimento com familiares; amigos)			
Uso de drogas por ele			
Uso de drogas pelos pais/família			
Violência por parte do adolescente			
Abuso sexual			
Relacionamentos com pessoas (amigos, colegas, namorado (a)) de índole suspeita (“más companhias”)			
Doenças “fisiológicas”			
Doenças Mentais (Depressão, TDAH)			
Gravidez			
Vida sexual ativa			
Violência por parte dos pais/familiares			
Pais/familiares envolvidos em atitudes criminosas			
Negligência dos pais/familiares			
<b>14. Na perspectiva da escola, qual o maior desafio na adesão do jovem ao serviço de saúde?</b>			
A dificuldade de relacionamento do jovem com a família			
Dificuldade de formação de vínculo do adolescente com o profissional de saúde			
Falta de interesse do jovem em cuidar da própria saúde			

Pouca orientação da família sobre a necessidade de cuidar da saúde			
Falta de habilidade técnica do profissional de saúde para lidar com o adolescente			
Pouca oferta de atividades específicas para adolescentes no serviço de saúde			
<b>15. Você sente necessidade de implantação na escola de um programa específico para a saúde do adolescente?</b>			
<b>16. Você se sente preparado para lidar com os desafios que o público jovem trás a escola (gravidez precoce; vida sexual precoce; uso de drogas; brigas familiares)?</b>			
<b>17. Você sente necessidade de formação/capacitação aos profissionais da escola para melhor lidar com o público jovem?</b>			
<b>18. Se sim, quais temas você acha que deveriam ser mais abordados em uma capacitação? (marcar até três utilizando o número 1 para o tema que você considera principal, 2 para o tema secundário e 3 para o tema terciário)</b>			
Saúde Mental (depressão, TDAH, outros)			
Drogas (uso , tratamento)			
Sexualidade (DST's, gravidez não planejada, orientação sexual)			
Violência (cometem, são submetidos)			
Cultura e paz			
Projeto de vida			
Ética e cidadania			